

Docteur Henri TOUFLET



*52 Rue
d'Anvers*

reproduit

RAPPORTS

ENTRE

Le Diabète et la Syphilis



PARIS

JOUBE & C^{ie} ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1922

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. LE DOCTEUR H. ETABLE

77495

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de la Charité

A M. LE PROFESSEUR PACHON

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur H. BARTH

M. le Docteur OETTINGER

M. le Professeur agrégé TUFFIER

M. le Docteur Ad. LAFFITTE

M. le Docteur Jean HALLÉ

M. le Docteur GUINON

M. le Docteur GRENET

M. le Docteur BRÉCHOT

M. le Docteur Jean DARIER

M. le Professeur agrégé GOUGEROT

M. le Docteur GUIMBELLOT

MM. les Docteurs CIVATTE, Marcel FERRAND

P.-Louis MARIE, BITH, NEPVEUX

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs CERNÉ et PETITCLERC (de Rouen)

RAPPORTS

ENTRE

LE DIABÈTE ET LA SYPHILIS

INTRODUCTION

Le titre même de ces pages délimite nettement le sujet que nous proposons d'étudier ici, il est rendu difficile tant par l'obscurité qui recouvre encore l'étiologie du diabète que par la diversité des théories émises pour élucider sa pathogénie. Le diabète se rencontre dans tant d'états divers, il se rattache à tant de facteurs que nous n'avons pas la prétention de résoudre une des questions les plus délicates de la pathologie.

Devant l'empiètement progressif de la syphilis dans la détermination des maladies chroniques, nous avons pensé à l'occasion d'une malade observée dans le service de notre maître le professeur Marcel Labbé, que la question des rapports entre la syphilis et le diabète méritait d'être reprise.

Nous avons passé en revue les arguments empruntés à l'anatomie pathologique, à la statistique, aux résultats de l'épreuve thérapeutique; l'étude des faits nous a montré que l'importance de la syphilis était fort exagérée et que même dans bien des cas, son rôle était peu vraisemblable.

Nous avons repris le problème si controversé des troubles nerveux du diabète; là encore, nous avons pu voir que ces accidents n'étaient pas assimilables à ceux de la neurosyphilis et que leur étiologie différait des manifestations de même ordre rencontrées dans cette maladie.

Nous avons étudié le diabète conjugal dont l'existence pourrait parler en faveur de la syphilis; nous n'avons trouvé aucun élément permettant de faire la preuve de cette infection.

Nous ne sommes pas favorables à l'hypothèse de l'origine syphilitique du diabète.

Que la syphilis en se localisant sur l'un des organes jouant un rôle dans le métabolisme des hydrates de carbone et soit la cause d'un diabète, le fait n'est pas ^{inconcevable} douteux, mais il est exceptionnel.

Le diabète est un syndrome, il est logique que la syphilis trouble l'appareil glyco-régulateur dans les mêmes conditions que d'autres infections dont le rôle, dans l'étiologie de certains diabètes, n'est pas douteux.

Que le diabète coïncide avec la syphilis, on ne saurait s'en étonner, étant donnée la fréquence de la syphilis ; que, chez certains diabétiques, certains symptômes puissent relever de la syphilis concomitante, le fait est vraisemblable. Mais, quant à considérer le diabète comme une manifestation syphilitique au même titre que le tabes et la paralysie générale, cela est très discutable.

Depuis Fournier, on a tendance à expliquer les maladies dont la cause nous échappe, par la spécificité. Un certain nombre d'auteurs entraînés par la conception de l'illustre syphiligraphe ont rapporté des faits en faveur de cette thèse, la plupart des observations sont dépourvues de signification. On les interpréterait différemment ; ce serait vouloir par pur dogmatisme élargir le domaine de la syphilis et tomber dans l'état d'esprit de nos prédécesseurs qui se sont un peu trop illusionnés sur le rôle de la bacillose. Le médecin qui pose un diagnostic cherche à pénétrer le déterminisme des faits ; mais l'exagération en tout est un mal, surtout quand on s'appuie sur des hypothèses non fondées. Il est préférable de rester conscient des limites de notre savoir, de modérer nos illusions, de nous contenter d'être modestes ; ainsi nous ne bourrons pas notre esprit de préjugés, nous aiderons plus à la recherche de la vérité qu'en nous efforçant à faire accorder les faits à des idées préconçues. En médecine, une question d'interprétation entraîne une action thérapeutique dont les effets peuvent avoir de graves conséquences dans une maladie comme le diabète, à étiologie, mal assise.

Nous avons entrepris ce travail sous l'inspiration de notre maître, M. le professeur Marcel Labbé. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

HISTORIQUE

La question des rapports du diabète et de la syphilis date du milieu du siècle dernier. Antérieurement la syphilis avait été notée dans les antécédents des diabétiques mais personne ne s'était demandé quelle influence pouvait avoir cette maladie dans l'étiologie du diabète.

En 1857, Claude Bernard éclaire d'un jour nouveau la pathogénie du diabète, en déterminant expérimentalement la glycosurie et la polyurie par la piqûre d'un point déterminé du plancher du quatrième ventricule. L'année suivante, Leudet de Rouen, s'inspirant des recherches du célèbre physiologiste, publie l'observation d'un diabète consécutif à une lésion gommeuse d'origine syphilitique, située au voisinage du quatrième ventricule ; il pose ainsi le problème des rapports du diabète et de la syphilis. Depuis, les cas de diabète syphilitique se multiplient. En 1860, Leudet rapporte un nouveau cas : en 1861, Frerichs signale deux faits nouveaux, il conclut que de toutes les maladies générales, la syphilis est celle qui prédispose le plus au diabète. Dub, en 1863, publie deux observations de diabète sucré chez des syphilitiques ; Jacks, dans une étude sur les convulsions syphilitiques traite incidemment la question du diabète syphilitique. Le diabète relèverait d'états pathologiques différents, l'existence du diabète syphilitique ne serait pas douteuse.

Jaccoud faisant allusion aux observations antérieures, reconnaît qu'à côté des faits rapportés par Dub, Frerichs, Scott, Frank qui ne permettent plus de contester l'existence du diabète syphilitique et sa guérison possible par l'iodure de potassium et le mercure, le diabète et la syphilis peuvent coexister chez le même sujet sans qu'il y ait de rapport entre eux.

En 1875, Seegen de Berlin publie les observations de deux diabétiques améliorés par le traitement spécifique. Sous l'inspiration de Lecorché, Servantie fait un travail d'ensemble sur les rapports du diabète et de la syphilis. Il distingue trois groupes de faits : les diabètes secondaires à des lésions cérébrales ou médullaires d'origine syphilitique, les diabètes primitifs que la syphilis produit d'em-

blée sans aucune manifestation du côté du cerveau ou de la moelle, les cas dans lesquels le diabète et la syphilis quoique existant dans le même organisme sont étrangers l'un à l'autre.

Cantani s'inscrit à faux contre la théorie syphilitique du diabète ; les diabètes qu'il a observés, ne lui ont pas paru dépendre de cette affection. Scheinmann se range parmi les partisans du diabète syphilitique, mais dans sa pensée cette forme de diabète serait en rapport avec les lésions de syphilis cérébrale.

En 1886, Arnaud, dans une thèse consacrée spécialement à l'évolution de la syphilis chez les diabétiques, arrive aux conclusions de Lecorché. Reumont étudie l'association du diabète et du tabès ; le diabète pourrait survenir au cours de l'ataxie si le processus scléreux atteint le plancher du quatrième ventricule. Dans son livre sur la syphilis tertiaire, Maurice met en doute l'existence du diabète syphilitique.

Charcot écrit au sujet de la coïncidence de l'ataxie locomotrice et de la glycosurie : « Je crois que de semblables cas doivent exister, reste à savoir si des recherches dirigées en ce sens viendront me donner raison. » Pour Guinon et Souques, la coïncidence du diabète du tabès n'est pas un simple effet du hasard.

Peu à peu les notions sur la pathogénie du diabète se précisent, le rôle du pancréas entrevu par Bouchardat prend une forme concrète avec les travaux de Lancereaux et de ses élèves. En 1891, Michailoff publie l'observation d'une grande portée pathogénique, d'un syphilitique diabétique porteur d'une tumeur dans la région pancréatique.

Schnee attribue tous les diabètes à la syphilis congénitale.

Manchot à propos des rapports entre le diabète et la syphilis rapporte les recherches infructueuses d'Engel Reimers : cet auteur ayant recherché la glycosurie chez les hérédosyphilitiques n'a jamais eu de résultat positif bien que la pancréatite chronique ait été rencontré, dans bien des cas ; il conclut de là que la syphilis n'a pas dans la pathogénie du diabète l'importance qu'on lui a attribuée.

A une époque où la pathogénie parasitaire des maladies est étudiée à l'envie, Schmitz admet comme non douteuse la contagion du diabète.

Debove, à l'occasion de plusieurs observations de diabète entre conjoints, pose nettement la possibilité de la nature infectieuse du

diabète. Cette communication amène Rendu, Dreyfus, Gouraud, Gaucher, Letulle à publier des cas analogues.

En 1892, Feinberg annonce l'heureuse influence du traitement spécifique dans quatre cas de diabète ; Fischer dans une étude critique conclut en faveur du diabète syphilitique.

Fournier fait rentrer le diabète dans la catégorie des affections parasymphilitiques. Il reconnaît comme fort probables les connexions du diabète et de la syphilis.

En 1895, Marie, dans une leçon clinique à l'occasion de deux cas de diabète conjugal pense que dans certaines circonstances il s'agit d'une véritable contagion.

Pour Lemonnier de Flers, la syphilis joue un rôle important dans beaucoup de diabètes infantiles.

Charnaux dans sa thèse, relève trois modes pathogéniques : diabètes secondaires à des lésions nerveuses, diabètes relevant d'altérations pancréatiques, diabètes causés par la syphilis chez des prédisposés.

Avec Hutinel la contagion du diabète est indéniable, elle serait prouvée par les faits de diabètes conjugaux ou domestiques, ainsi que par la possibilité de produire expérimentalement le diabète par introduction de microbes dans l'organisme.

Jullien décrit une glycosurie syphilitique précoce essentielle, indépendante des lésions nerveuses.

Troller en 1906 pose les conditions nécessaires pour pouvoir conclure à la nature syphilitique du diabète, il admet les modes pathogéniques signalés précédemment.

En 1907, Steinhaus dans le *Journal de Médecine* de Bruxelles publie le premier cas de glycosurie par syphilis pancréatique, avec preuves anatomiques.

Danlos, Ozenne, Malherbe, Hardoy, ReMillet, Boronino, Nathan, Laurent rapportent des observations isolées, qui tendent à établir un rapport entre le diabète et la syphilis ; pour quelques-uns de ces auteurs, l'existence du diabète syphilitique leur paraît prouvée par l'action du traitement spécifique.

Dans un intéressant mémoire sur le diabète familial, Lion et Moreau déclarent que la syphilis est rarement en cause et signalent l'inefficacité du traitement antispécifique chez des enfants diabétiques à hérédité syphilitique.

Lépine conteste toute influence à la syphilis dans le diabète,

Nauwyn réfute l'opinion des partisans du diabète syphilitique.

En Amérique, Rosenbloom explique le diabète syphilitique de deux manières : par lésions artérielles dans la région du quatrième ventricule, par lésions vasculaires du pancréas.

Pour Warthin et Wilson, l'origine syphilitique de nombreux cas de diabète leur paraît certaine ; ils fondent leur opinion sur les lésions syphilitiques trouvées à l'autopsie de six diabétiques. Barrochi s'associe à cette opinion : la coïncidence de la syphilis et du diabète ne serait pas exceptionnelle si elle était plus souvent recherchée. Williams et Josslin sont d'un avis opposé : ils mettent en doute la nature syphilitique de certains diabètes catalogués comme tels ; d'après leurs recherches, on n'est pas en droit de supposer que la syphilis est un facteur étiologique commun à la production du diabète.

En 1919, Carnot et Harvier ont l'occasion d'observer un cas de diabète par syphilis du pancréas ; leur malade présentait des lésions nerveuses syphilitiques, un syndrome de diabète avec dénutrition et glycosurie abondante, une cirrhose syphilitique du foie et une pancréatite syphilitique scléro-gommeuse. Beguier dans sa thèse reprend cette observation : il reconnaît que la syphilis et les lésions qu'elle produit, sont à l'origine de certains diabètes : il y aurait parfois un lien pathogénique entre la syphilis et le diabète.

Velluot dans sa thèse attribue à la syphilis une place importante dans l'étiologie du diabète. La question des rapports entre la syphilis et le diabète fait l'objet, l'année dernière, au sein de la Société médicale des Hôpitaux d'un exposé de Pinard qui se montre un fervent défenseur de la théorie de Fournier. MM. Sicard, Linossier, Dufour, Marcel Labbé prennent part à la discussion : ils sont loin de se ranger à l'opinion de leur collègue. A la même séance, Comby signale des cas de diabète syphilitique chez l'enfant et chez l'adulte améliorés par le traitement syphilitique.

En 1921, Masson publie l'observation de deux diabétiques chez lesquels le novarsénobenzol aurait abaissé la limite de tolérance des hydrates de carbone.

Au début de 1922, Villaret et Blum rapportent un cas de diabète au cours d'une syphilis acquise ; la nature syphilitique du syndrome est, ici, discutable. En mars, M. Pinard, à l'occasion de l'observation d'un diabète avec aréflexie tendineuse chez un fils de syphilitique, remet en discussion le problème de l'origine syphilitique du diabète.

Il y a quelques semaines, M. Rathery publie l'observation d'un malade dont le diabète a guéri par un traitement antisypilitique ; non seulement le diabète sypilitique existerait, mais encore il serait accessible à la thérapeutique.

De ce rapide exposé, deux opinions se dégagent : les uns accordent à la syphilis un rôle important voire même prépondérant dans l'étiologie du diabète, les autres ne lui reconnaissent qu'un rôle exceptionnel ; il est curieux que cette dernière opinion est généralement admise par ceux qui se spécialisent plus volontiers dans l'étude du diabète.

En plus de son intérêt doctrinal, la question du diabète sypilitique est de la plus haute importance au point de vue pratique : on pourrait espérer guérir par le traitement spécifique certains diabètes alors qu'actuellement on s'adresse plus aux symptômes qu'à la cause.

Pour résoudre la question du diabète sypilitique nous nous adresserons à l'anatomie pathologique, à la statistique, aux résultats de l'épreuve thérapeutique ; après quoi, nous étudierons le problème du diabète conjugal et nous verrons si certains des troubles observés chez les diabétiques peuvent être considérés de nature sypilitique. Nous espérons ainsi montrer que la conception de Fournier est exagérée, qu'on doit être prudent dans l'attribution à la syphilis, de l'étiologie d'un diabète, que le rôle de la spécificité bien qu'existant dans certains cas est exceptionnel.

CE QUE NOUS APPREND L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un des moyens qui permettent de démontrer le rôle de la syphilis dans l'étiologie du diabète est de rechercher les lésions pancréatiques, hépatiques ou nerveuses de nature sypilitique à l'autopsie des diabétiques.

Beaucoup de cas de diabète rapportés à des lésions sypilitiques du pancréas ne contiennent pas les précisions nécessaires.

L'observation si connue de Michailoff concernant un sypilitique

porteur d'une tumeur pancréatique atteint de diabète ne repose sur aucune preuve anatomique ; on a bien constaté une tumeur à l'épigastre s'accompagnant d'ascite, d'œdème des membres inférieurs, mais l'auteur après avoir indiqué la disparition de la glycosurie sous l'influence du traitement mercuriel (un traitement opothérapique avait été institué simultanément), ne fournit aucun renseignement sur l'évolution ultérieure de la tumeur pancréatique. Dans l'observation de Kowacs, plusieurs facteurs interviennent ; il est difficile d'attribuer à l'un d'eux la prépondérance sur les autres.

Femme de 53 ans, alcoolique, syphilitique, dyspeptique, présentant depuis six mois un ictère par rétention. Elle a maigri de 10 kilos en quelques semaines, elle se plaint d'une douleur à l'épigastre ; le foie est augmenté de volume, la glycosurie varie entre 10 et 50 grammes par litre.

Les selles contiennent des fibres musculaires non digérées, des graisses, des savons. Après un traitement mercuriel, l'ictère disparaît.

On n'a pas d'autre renseignement sur l'évolution du diabète. Les lésions du pancréas ne sont pas forcément en rapport avec la syphilis ; l'éthylisme était très accusé ; or l'alcool quand il est ingéré d'une manière répétée est un poison du protoplasma, il peut atteindre le foie et le pancréas. Devant cet ensemble ^{non} systématique, il est difficile de discerner le rôle de la syphilis surtout en l'absence de renseignements anatomiques.

D'autres observations ont bien été suivies de constatations nécropsiques ; elles sont peu nombreuses et peu probantes. L'évolution des accidents a été incomplètement notée.

Obs. de Lehnartz. — Peintre de 40 ans, admis dans le coma avec une glycosurie de 47 grammes. A l'autopsie, foie petit, dur ; pancréas atrophié pesant 20 grammes : les lobules étaient séparés par des bandes fibreuses, conjonctives graisseuses. Au microscope, épaississement du tissu conjonctif interstitiel ; aucune modification cellulaire ; au niveau des testicules, traînées blanchâtres et noyaux fibreux.

Obs. de Manchot. — Femme de 37 ans ; trois enfants mort-nés ; des accidents syphilitiques tertiaires l'obligent à suivre un traitement spécifique ; trois ans plus tard, apparition des premiers signes de diabète. Polyurie de 6 à 7 litres, glycosurie de 50 grammes par litre. Mort par complications pulmonaires ; à l'autopsie, foyers de bronchopneumonie, lésions de dilatation des bronches, signes de néphrite chronique,

pancréas atrophié avec augmentation du volume du tissu conjonctif intersticiel.

Obs. de Steinhaus. — Femme de 47 ans, artério-scléreuse et diabétique, glycosurie de 70 à 80 grammes par litre ; mort à la suite d'hématémèse. A l'autopsie, ulcère très étendu, en voie de cicatrisation, de la grande courbure de l'estomac. Le pancréas en grande partie nécrosé, constitue une poche ouverte dans l'ampoule de Vater. Le reste de la glande est scléreux, constitué par du tissu fibreux, il contient des vaisseaux atteints d'artérite oblitérante. Le foie de volume normal, d'aspect ficelé présente des lésions spécifiques sous forme de gommes dont le centre est caséifié et la périphérie en voie de transformation fibreuse.

Obs. de Strauss. — Homme de 43 ans, bacillaire ayant présenté il y a cinq ans un ictère par rétention avec douleurs hépatiques ; trois ans plus tard, en même temps que des ulcères du cou, apparaissent la polyurie et une glycosurie de 10 à 15 grammes par litre. A l'autopsie pancréas totalement atrophié, transformé en tissu fibreux, dense dans lequel il est impossible de trouver du tissu pancréatique ; formation fibreuse, dans l'un des testicules, ayant les apparences d'une lésion syphilitique.

Dans ces observations le diagnostic de syphilis du pancréas n'est pas démontré. La sclérose du pancréas n'est pas douteuse mais les preuves de syphilis manquent, excepté, dans le cas de Steinhaus, où sont signalées des gommes du foie, et des lésions d'endartérite oblitérante.

Les observations de Warthin et Wilson ne permettent pas de rattacher les diabètes à la syphilis du pancréas. Leurs malades présentaient, il est vrai, des lésions de nature syphilitique au niveau du cœur, de l'aorte, des testicules ; il n'est pas démontré que les altérations pancréatiques fussent de cette nature. Chez deux malades la méthode de Levaditi a permis de retrouver des spirochètes au niveau du pancréas, mais, en raison des confusions possibles dans cette recherche, à l'examen de coupes histologiques on aurait pu, pour éviter toute contestation, joindre la description de lésions concomitantes, qui auraient, en quelque sorte, confirmé ce qu'un premier examen avait fait supposer. L'état fonctionnel du pancréas n'a pas été recherché ; ces lacunes n'autorisent pas à considérer les lésions pancréatiques responsables de ces diabètes et à poser la notion étiologique de la syphilis. On aurait étudié

ces observations dans un autre esprit, on aurait sans nul doute retrouvé quelques-uns des facteurs qui jouent un rôle dans la glycorégulation. Malheureusement les observations sont muettes à cet égard ; dans l'une d'entre elles, cependant l'éthylisme était indiscutable, ce qui autorise à supposer que M. Warthin et Wilson ont été trop exclusifs dans leurs conclusions.

Le cas rapporté par M. Carnot et Harvier ne présente pas les mêmes incertitudes ; son étude a été poussée à fond, les lésions trouvées à l'autopsie soigneusement examinées : cette observation est avec celle de Steinhaus un des rares exemples de diabète d'origine dûment syphilitique.

Malade de 53 ans. Diabétique depuis deux ans environ. Diabète grave avec acétone, amaigrissement.

Foie gros, bord inférieur lisse, circulation collatérale sus et sous-ombilicale ; pas d'ascite, rate normale. Signes de syphilis nerveuse évidents ; réflexes tendineux abolis aux membres inférieurs, affaiblis aux membres supérieurs, réflexe cutané abdominal absent ; tous ces troubles nerveux pouvaient être mis sur le compte du diabète, mais l'existence d'une inégalité pupillaire avec Argyll, lymphocytose rachidienne levaient tous les doutes en faveur de la syphilis ; cependant Wassermann négatif dans le sang et le liquide de la ponction lombaire par vingt-quatre heures, polydipsie de 6 litres, glycosurie de 300 grammes environ, présence d'acétone¹, Gerhardt.

Depuis six mois, incontinence des matières due ainsi que l'autopsie l'a démontré à une poliomyélite antérieure syphilitique.

Rien dans les antécédents ne dévoilait la syphilis ; à 32 ans, naissance à terme d'une fille bien portante, pas d'autre grossesse, jamais de fausse couche ; à 43 ans, elle aurait eu des rhumatismes, son mari était mort à 49 ans de congestion cérébrale.

La malade est soumise au traitement antidiabétique et antispécifique, elle reçoit 3 injections intraveineuses de 15 centigrammes de 914 ; le soir de la troisième injection la température atteint 37 degrés. Dyspnée légère et sous-crépitaux à la base gauche.

Mort deux jours plus tard.

A l'autopsie, lobe inférieur du poumon gauche hépatisé, foyers de broncho-pneumonie de couleur grisâtre en voie de suppuration ; ni athérome artériel ni lésion aortique.

Foie de 3 kilos, résistant à la coupe, d'aspect cirrhotique, à petites granulations ; inflammation chronique du petit épiploon, rate normale, mais spérissplénite ; pancréas noyé dans une masse de tissu, fibreux, dur, dans lequel il est impossible de l'individualiser macroscopiquement ;

ce tissu examiné histologiquement, montre des vaisseaux atteints de périartérite et même d'endartérite oblitérante ; une coupe met en évidence une gomme syphilitique ; au niveau de la moelle sacrée, existence d'une poliomyélite d'origine syphilitique.

Cette observation concerne une femme atteinte d'une part de lésions nerveuses syphilitiques (tabes et poliomyélite antérieure sacrée), d'autre part d'un syndrome de diabète grave avec glycosurie abondante par pancréatite scléro-gommeuse associée à une hépatite scléreuse syphilitique.

Il est regrettable que l'examen clinique complet n'ait pas été fait pour fixer la forme clinique de ce diabète et que l'on se soit tenu au seul examen anatomique. La syphilis de la malade est certaine, l'origine de son diabète évidente, l'influence de la cirrhose hépatopancréatique, non douteuse. Ce diabète se rapproche par ses caractères cliniques, du diabète bronzé : même évolution, même sclérose intense du foie et du pancréas. La nature syphilitique de cette cirrhose est confirmée par l'existence d'une gomme au niveau du pancréas.

Cette observation établit nettement l'existence d'un diabète par syphilis du pancréas, associée à une cirrhose hépatique. Elle est la première de cette nature : les précédentes, à part celle de Steinhauss n'étant nullement démonstratives.

Un détail nous a frappé ; malgré trois piqûres de 0,15 de novarsénobenzol, M. Carnot n'a pas eu l'heureuse fortune de sauver sa malade.

• • •

Le foie joue un rôle primordial dans la glycogénèse, il est vraisemblable que des lésions infectieuses portant sur cet organe ont une répercussion sur le métabolisme des hydrates de carbone et que certains diabètes sont liés à des lésions syphilitiques hépatiques.

Observation de Lemonnier. — Fillette de 7 ans, très amaigrie, mauvais état général, polydipsique, polyurique, glycosurique.

Foie débordant de plus de deux travers de doigt, rate normale. Réflexes rotuliens normaux. Le père était syphilitique, il ne s'était pas soigné, il s'était marié moins de trois ans après le chancre ; la mère avait fait, avant la naissance de cette fillette, deux avortements de deux mois et un accouchement prématuré d'un enfant mort-né. La fillette qui

fait l'objet de cette observation était née à terme ; trois semaines après sa naissance apparurent des syphilides papulo-érosives aux commissures des lèvres ; douze jours de traitement par des frictions mercurielles font disparaître ces accidents. La première année, la petite malade reçoit six séries de vingt frictions mercurielles ; la deuxième année, le traitement est moins régulier ; par la suite, aucun traitement n'est institué.

Convaincu que les accidents présentés par l'enfant tiennent à l'hérédosyphilis, Lemonnier ordonne un traitement mercuriel et ioduré ; en même temps, il fait suivre un régime antidiabétique. Au bout de quatre mois, le foie était redevenu normal, la polyurie et la polydipsie avaient disparu, l'état général s'était amélioré. Deux ans près, la guérison s'était maintenue, la glycosurie n'avait pas reparu.

Cette observation est un exemple typique d'hépatite syphilitique chez une hérédosyphilis. Ce diabète n'est que l'exagération de ce que l'on observe au cours des affections hépatiques dans lesquelles l'épreuve de la glycosurie alimentaire démontre souvent l'existence d'un trouble latent de l'appareil glyco-régulateur. En agissant sur les lésions hépatiques on a fait disparaître les troubles qui en étaient la conséquence. Lemonnier en ordonnant un traitement antispécifique, a guéri les lésions hépatiques et secondairement les désordres qu'elles entraînaient.

Lemonnier a institué en même temps que le traitement antispécifique ~~et~~ le traitement antidiabétique, il est ainsi difficile de rattacher à chaque ^{médication} la part qui lui revient dans la disparition des accidents.

Observation de Lehnartz. — Homme de 37 ans, syphilitique depuis dix-huit ans, n'ayant jamais présenté d'accident secondaire malgré l'irrégularité d'un traitement antispécifique. Sa femme fait trois fausses couches avant la naissance de trois enfants venus à terme sans manifestation de syphilis héréditaire. Le malade avoue les excès alcooliques. La polydipsie, la polyurie sont manifestes, glycosurie de 40 grammes par litre. Le malade est obèse ; le foie et la rate sont hypertrophiés, il existe un peu d'ascite. Après deux semaines de traitement par les frictions mercurielles, associées à l'iodure, disparition de l'ascite ; au bout d'un mois et demi, le foie et la rate sont redevenus normaux, la glycosurie a disparu. Bien que le rôle de la syphilis soit démontré par l'heureux résultat du traitement spécifique on peut se demander si l'éthylisme n'a pas préparé l'éclosion des accidents.

L'existence d'un diabète secondaire à des lésions hépatiques de nature syphilitique ne fait aucun doute ; mais nous devons reconnaître qu'il existe fort peu de cas dans lesquels la preuve de la syphilis soit faite d'une façon certaine ; chez un certain nombre de malades la syphilis, quoique évidente, n'est pas seule en cause. Les malades peuvent commettre des fautes d'hygiène alimentaire, subir les effets d'une infection retentissant sur le foie ; toutes causes qui ont leur importance dans l'interprétation des faits.

Depuis les expériences de Claude Bernard reproduisant le diabète par piqûre du plancher du quatrième ventricule il n'y a plus de doute qu'il existe un rapport entre le diabète et les altérations du système nerveux. La syphilis comme toute infection peut atteindre le cerveau ou les méninges et engendrer de cette manière le diabète.

Théoriquement la question semble évidente, elle est moins simple quand on étudie les cas de diabète secondaires à des lésions cérébrales de nature syphilitique que contient la littérature médicale ; pour un certain nombre, le problème est mal posé, la suite des faits mal établie, des facteurs qui ont une grosse influence sur le métabolisme des hydrates de carbone s'interposent, il y a, souvent, trop d'incertitudes pour tirer des déductions précises, en rapport avec l'hypothèse de l'origine syphilitique du diabète.

Obs. de Leudet. — F... 32 ans, n'accuse ni accident primitif ni accident secondaire. Il y a quatre ans, ostéite nasale, affaissement des os propres du nez. Au cinquième mois d'une grossesse, paralysie des III^e et V^e paires de nerfs craniens gauches. Pendant vingt-quatre heures, délire, hébété. Quelque temps après, apparition du diabète. On ordonne 60 centigrammes de calomel, des sangsues ; le lendemain, l'état est meilleur ; pendant trois semaines, F... prend de l'iodure, l'état est plus satisfaisant, la glycosurie a disparu ; un mois plus tard, apparaît une diminution de l'acuité visuelle en même temps que de vives douleurs aux tempes et au front. La malade reprend de l'iodure puis elle quitte l'hôpital. Pendant plusieurs années elle est perdue de vue ; elle revient en proie à une adynamie extrême ; tout le côté droit de la face est insensible, la langue est déviée à gauche ; pas de paralysie aux membres supérieurs et inférieurs ; mais des vomissements, de la diarrhée, de la polydipsie, pas de glycosurie. Mort. A l'autopsie, méningite chronique de la base avec atrophie des II^e et V^e paires gauches ; au niveau du quatrième ventricule, le plexus choroïdien adhère au bord gauche du calamus scriptorius ; la substance

nerveuse est le siège d'un ramollissement localisé. Lésions syphilitiques du foie, signes de phthisie ancienne.

Cette observation n'a pas été recueillie dans des conditions de rigueur suffisantes pour en tirer des déductions précises. Il aurait été utile que les dosages de sucre fussent plus réguliers, que les notations du régime fussent moins simplistes. On ne peut se fonder sur l'étendue des lésions trouvées à l'autopsie pour poser un rapport étiologique entre elle et le diabète. Le cerveau n'était pas le seul organe atteint, les lésions hépatiques existaient ; elles ont pu retentir sur le trouble glycorégulateur. La glycosurie était minime ; il n'est pas impossible qu'elle ait été la conséquence d'un trouble organique momentané, d'abus de féculents, de sucre. Des glycosuries de cette intensité peuvent se rencontrer d'une manière transitoire au cours des affections cérébrales.

L'évolution du diabète n'est pas celui d'un diabète sucré ; à son dernier séjour à l'hôpital la malade n'avait plus de glycosurie.

Le traitement syphilitique préconisé n'établit pas d'une manière certaine l'existence de la syphilis.

Des glycosuries aussi faibles disparaissent facilement par le régime. Il est assez surprenant qu'un gramme d'iodure pris journellement ait eu une efficacité aussi heureuse ; aujourd'hui on traite la syphilis par des moyens autrement énergiques.

L'iodure n'est pas spécifique de la syphilis ; depuis les remarquables travaux de notre maître Gougerot, nos connaissances sur l'emploi de l'iodure vis-à-vis des mycoses se sont étendues : beaucoup de lésions de cette nature ont été prises autrefois pour des accidents tertiaires sur la seule preuve que l'iodure les avait fait disparaître. En somme cette observation est loin de démontrer la nature syphilitique du diabète.

Obs. d'Ozenne. — Homme de 42 ans, arthritique, pris subitement de strabisme, de diplopie, de glycosurie, chaque jour, on ordonne 4 grammes d'iodure de potassium et une friction mercurielle. Après deux mois de traitement, disparition de la glycosurie, mais persistance du strabisme ; six mois plus tard, la glycosurie reparait ; on institue uniquement le traitement, antidiabétique, la glycosurie diminue ; elle ne disparaît qu'après un traitement par l'iodure de potassium et le mercure.

La méthode de traitement appliquée chez ce malade n'autorise pas à accorder à la syphilis une première place dans l'étiologie de ce diabète.

Pour juger avec certitude, il faudrait connaître le régime absorbé : les maladies varient d'eux-mêmes leur alimentation ; si l'on ne prend pas soin d'établir régulièrement les quantités d'aliments consommés, il est impossible de mesurer le degré du trouble glycorégulateur.

Chez ce malade, on a fait suivre le traitement antidiabétique d'un traitement antispécifique, l'on a attribué au traitement suivi en dernier lieu le résultat ainsi obtenu, c'est une erreur. La cure de réduction a parfois son action retardée de plusieurs semaines, pour des raisons que nous méconnaissons d'ailleurs.

C'est sans doute ce qui s'est produit ici ; l'on a accordé au mercure un résultat qui serait sans doute survenu en son absence.

Rien ne prouve que les phénomènes cérébraux doivent être rattachés à la syphilis ; le malade était arthritique, souvent les diabétiques présentent des complications vasculaires résultant de l'artério-sclérose concomitante.

D'autres observations comme celle d'Hemptenmacher ne contiennent pas les précisions nécessaires.

Femme de 42 ans, syphilitique à 32 ans, traitée par le mercure et l'iode de potassium ; pas d'accidents secondaires. Depuis un an, polydipsie, polyurie, amaigrissement, affaiblissement général ; quelque temps après, se produit une paralysie gauche avec névralgies frontale et faciale ; glycosurie de 36 grammes par litre sous l'influence des frictions, des injections mercurielles, les phénomènes paralytiques disparaissent, la glycosurie ne reparait pas malgré une alimentation ordinaire. Certains jours, on retrouve cependant des traces de sucre ; un an après : pas de glycosurie, la parésie gauche persiste.

L'action du traitement mercuriel est très incertaine ; en raison de son état, la malade s'est alimentée modérément, peut-être même lui est-il arrivé à un moment donné de pratiquer une véritable cure de réduction ; sous cette influence, la glycosurie a disparu, le traitement mercuriel n'a pas eu le rôle actif qu'on lui a attribué.

Par l'étude des observations que nous venons de rapporter et que nous n'avons pas choisies à dessein, nous pouvons déduire que les lésions syphilitiques susceptibles de troubler l'appareil glycorégulateur sont extrêmement rares. Pour un certain nombre de malades le rôle de la syphilis est difficile à préciser ; on trouve dans leurs antécédents l'obésité, les mauvaises habitudes de suralimentation, de sédentarité dont l'influence est certaine dans l'étiologie du diabète.

Diabète par troubles fonctionnels : arguments empruntés à la statistique

L'anatomie pathologique du diabète est pour ainsi dire inexistante ; à part quelques cas liés à une lésion du pancréas, du foie, du système nerveux, on ne découvre généralement pas de lésions capables d'expliquer la maladie ; celles que l'on rencontre sont souvent incertaines, sans critérium, non contingentes à l'affection. On doit donc distinguer à côté des diabètes par lésions viscérales ou endocriniennes, des diabètes protopathiques ou essentiels par lésions humérales.

La syphilis crée des troubles fonctionnels pouvant atteindre l'appareil glycorégulateur. Paris, Manchot en pratiquant l'épreuve de la glycosurie alimentaire chez des syphilitiques ont constaté que la syphilis se comporte comme toutes les maladies infectieuses et qu'elle arrive à provoquer un léger degré d'insuffisance glycolytique pendant la période secondaire. Ceci amène à poser la question des rapports étiologiques du diabète et de la syphilis. Il serait intéressant de savoir ce que deviennent les malades ayant présenté un fléchissement momentané de leur appareil glycorégulateur et si, ultérieurement par l'évolution de la syphilis ils deviendront diabétiques. Le fait est à envisager ; si l'on se rappelle le cas du pneumonique de M. Achard qui, après avoir présenté passagèrement de la glycosurie pendant la période d'état de sa maladie devint diabétique quelques mois plus tard, on peut se demander si le diabète survenu chez un certain nombre de syphilitiques n'a pas commencé dès la période secondaire par une atteinte de l'appareil glycorégulateur.

Les diabètes par troubles fonctionnels nous amènent aux glycosuries de la période secondaire de la syphilis et aux diabètes parasymphilitiques.

Les glycosuries de la période secondaire sur lesquelles Jullien, Fournier ont attiré l'attention sont comparables aux glycosuries que Achard et Lœper ont observées à la période d'état de certaines maladies générales infectieuses ; elles ne dépendent pas d'un dia-

bète latent, elles sont l'accentuation du trouble fonctionnel glyco-régulateur que Paris, Manchot ont mis en évidence.

Quant au diabète parasymphilitique, il est difficile à édifier en tant qu'entité clinique, sa différenciation ne semble reposer souvent que sur une discussion terminologique.

* * *

Les lésions anatomiques faisant défaut dans bien des cas de diabète, le seul moyen de prouver l'action de la syphilis et de se fonder sur les statistiques. Cette méthode sans être l'idéal, a permis d'acquérir des notions, des matériaux précieux pour l'étude de certaines maladies; grâce à elle, Fournier a pu, avant la découverte du *treponema pallidum*, de la méthode de Bordet-Gengou que Wassermann-Neisser-Bruck ont mise en pratique pour le diagnostic de la syphilis; établir l'origine syphilitique du diabète au moyen d'enquêtes portant sur les antécédents des malades et dire que plus de 90 sur 100 des diabétiques étaient syphilitiques.

Pour obtenir de cette méthode tous les avantages que l'on est en droit d'en tirer, vis-à-vis du diabète, il faut examiner un nombre assez élevé de diabétiques, puis de la même manière, un certain nombre de sujets non diabétiques afin de rechercher dans ces deux groupements les syphilitiques. Ce n'est que si la syphilis se rencontre plus fréquemment chez les diabétiques que chez les malades ordinaires qu'il sera possible d'admettre l'influence de la syphilis dans l'étiologie du diabète.

Schmidt sur 2.500 diabétiques a rencontré 12 syphilitiques, Frerichs sur 400, 4; Teschemacher sur 1.231, 2; Jablonskoff sur 79, 5; Weil de Bruxelles sur 14, 1; Verdalle, sur 129, 8. Pour Velluot, 1/3 des diabétiques est atteint de syphilis acquise certaine, 3/5 des diabétiques sont syphilitiques si l'on tient compte de la syphilis héréditaire; Josselin dans un premier groupe de 1 200 diabétiques, a trouvé 13 syphilitiques; dans une seconde statistique, la proportion est de 8 syphilitiques sur 100 diabétiques; en se basant sur les résultats de la séro-réaction, 6 malades d'un groupe de 107 diabétiques avaient une réaction positive, tandis que 50 diabétiques d'un autre groupe avaient une réaction négative.

Les chiffres sont sensiblement différents les uns des autres;

chaque auteur ayant employé une technique différente pour dépister la spécificité ; certains, comme Velluot, nous ont paru admettre l'existence de la syphilis sur des preuves insuffisantes et attacher trop d'importance à des signes cliniques sur la valeur desquels on n'est pas d'accord. Si l'on compare ces chiffres à ceux de Fournier, il est impossible de considérer la syphilis comme le principal agent du diabète.

De notre côté nous avons établi une statistique portant sur 500 diabétiques que M. Marcel Labbé a soignés soit à l'hôpital, soit en ville. Dans les observations que notre maître nous a confiées si obligeamment, nous avons recherché tant dans les antécédents personnels, héréditaires que dans les manifestations morbides spécifiques les indications permettant d'étayer le diagnostic de syphilis avec des données précises, 39 de ces malades étaient certainement syphilitiques, 28 avaient un diabète sans dénutrition, 14 un diabète avec dénutrition. Chez 28 autres malades, la syphilis était douteuse, voire même incertaine pour quelques-uns, mais devant les signes cliniques constatés chez ces malades, l'hypothèse de syphilis était à envisager. Quant aux autres malades, aucune raison ne doit faire penser à la spécificité ; tous ayant été examinés dans les mêmes conditions, avec la même méthode. Des contaminations auraient pu échapper ; dans nos rapports il faut en tenir compte dans une certaine mesure ; malgré cette marge nous sommes loin d'approcher des chiffres de Fournier.

L'intérêt d'une statistique grandit quand on connaît les procédés que l'on a employés pour l'établir. Nous nous sommes arrêtés aux signes cliniques indiscutables, nous avons délaissé ceux qui n'ont pas encore résisté à l'épreuve du temps. La syphilis méconnue a des conséquences individuelles familiales, sociales ; reconnue largement, elle prête à des déductions exagérées.

En principe, les procédés d'ordre clinique, à part le signe d'Argyll, la névrite atrophique du nerf optique qui sont pathognomoniques de la spécificité, ne fournissent que des probabilités à l'état isolé ; réunis, au contraire ils légitiment le diagnostic de syphilis.

Nous avons toujours pris soin de rechercher l'adénopathie généralisée, dont la valeur était si souvent signalée par M. Darier dans ses remarquables présentations de malades. Nous avons poussé l'interrogatoire des malades afin de connaître la succession hié-

rarchique des accidents ; nous avons pris grand soin de rechercher des lésions concomitantes dont l'existence a parfois une grande importance pour fixer un diagnostic hésitant. Quant aux stigmates de syphilis acquise ou héréditaire, nous nous sommes efforcés de les dépister, nous avons toujours recherché les cicatrices des organes génitaux, les pigmentations anormales, les cicatrices pigmentées et souples, les accidents survenus au cours de la grossesse, les malformations osseuses, les dystrophies générales. L'examen du système nerveux n'a pas été négligé ; nous avons recherché ~~avec soin~~ l'inégalité et les réactions pupillaires, l'état des réflexes tendineux. Dans l'interprétation du Wassermann nous nous sommes appliqués à éliminer toutes les causes susceptibles de fausser les résultats.

Quelques-uns des douteux avaient un souffle systolique à la base, mais vu l'absence de spécificité objective, de séro-réaction positive, nous ne pouvions faire dépendre ce ^{signe} ~~chancre~~ de la syphilis, d'autant plus que ces malades étaient à un âge où l'artério-sclérose est fréquente. Un autre avait un de ses enfants porteur de la triade d'Hutchinson, son Wassermann était négatif, il n'avait aucun stigmatisme de syphilis ancienne, la syphilis de l'enfant pouvait provenir de la mère qu'il nous a été impossible d'examiner ; un autre aurait eu un chancre « volant » vingt-cinq ans auparavant, mais comme il n'avait suivi aucun traitement spécifique, qu'actuellement il ne présentait aucun signe de spécificité que son Wassermann était négatif, l'hypothèse de syphilis pouvait difficilement être démontrée. Une femme était atteinte d'aortite ; elle avait fait une fausse couche de deux mois ; deux grossesses ultérieures s'étaient passées régulièrement, ses enfants venus à terme ne présentaient aucun stigmatisme d'hérédos-spécificité ; un autre malade avait un Wassermann douteux sans signe clinique de syphilis ; un homme avait un ulcère de jambe, il n'avait ni leucoplasie buccale, ni adénopathie généralisée, ni troubles des réflexes, son Wassermann était négatif.

Parmi nos diabétiques certainement syphilitiques, on rencontre des enfants, des adultes, des vieillards ; par contre, pas un diabète familial ou conjugal. Les uns avaient soigné sérieusement leur syphilis pendant plusieurs années, d'autres l'avaient négligée. Certains étaient porteurs d'accidents cutanés syphilitiques, d'autres présentaient un tabès en évolution, le Bordet-Wassermann était

tantôt positif ; tantôt négatif. La majorité de ces malades avaient été de gros mangeurs, presque tous étaient des obèses ; quelques-uns avaient des signes d'imprégnation éthylique et avouaient de s excès de boissons. Plusieurs avaient eu un de leurs ascendants diabétique ; quelques-uns étaient manifestement hérédospécifiques. La syphilis remontait à une trentaine d'années, pour quelques-uns ; pour la plupart, à quelques années ; chez plusieurs à moins d'un an : dans un cas, le diabète était antérieur de six ans à la syphilis, quand le malade a été vu, la syphilis datait de six mois, le diabète évoluait dans les mêmes conditions que chez un diabétique ordinaire.

En même temps que nous revisions les observations de diabétiques, nous avons recherché dans un groupement de 210 malades de médecine générale ceux qui étaient syphilitiques. Pour cette recherche, nous avons employé la même technique que pour les diabétiques ; dix-sept étaient syphilitiques, pour cinq autres la question était discutable. Si nous rapprochons nos rapports, nous voyons que 7,8 0/0 des diabétiques sont sans aucun doute syphilitiques, tandis que les malades de médecine non spécialistes comprenant des cirrhotiques, des cardiaques, des tuberculeux, des rhumatisants, etc., sont syphilitiques dans la proportion de 8 0/0.

En ajoutant les douteux, la proportion des diabétiques syphilitiques est sensiblement plus forte que pour les malades ordinaires, 13,6 0/0 pour les diabétiques, 10,5 pour les malades de médecine générale. Dans la première catégorie de malades comprenant ceux atteints manifestement de syphilis, nos rapports s'équilibrent, dans la catégorie des douteux, le rapport des diabétiques dépasse sensiblement celui des malades ordinaires, cela ne saurait surprendre ; un certain nombre de malades n'ayant pas été confrontés avec le Wassermann. Nous avons regretté de n'avoir pu pratiquer l'épreuve de la réactivation chez plusieurs de nos malades : cette méthode présente un réel progrès pour dépister la syphilis.

La statistique ne vient donc pas à l'appui de ceux qui proclament la syphilis comme jouant le premier rôle dans l'étiologie du diabète ; elle établit que certains diabétiques sont syphilitiques, mais devant l'extension que prend chaque jour la maladie de Fracastor on ne peut s'étonner qu'un certain nombre de diabétiques aient été contaminés.

En somme, les arguments empruntés à l'anatomie pathologique et à la statistique sont insuffisants pour considérer la syphilis

comme un facteur étiologique important du diabète. Dans le prochain chapitre nous allons voir ce que nous apprennent les résultats de l'épreuve thérapeutique que souvent on invoque comme moyen de démontrer l'action de la syphilis dans la pathogénie du diabète.

Résultats de l'épreuve thérapeutique

L'argument thérapeutique ne saurait entraîner la conviction, les résultats négatifs ne sont pas concluants ; nous le savons par l'étude du tabes ; les résultats positifs sont exceptionnels ; si l'on prenait les précautions que nous décrivons, ils seraient encore plus rares.

On a publié nombre d'observations tendant à établir un rapport entre la syphilis et le diabète sur le seul résultat du traitement spécifique ; beaucoup n'ont pas été prises dans des conditions de précision désirables pour que l'amélioration ainsi constatée soit rapportée à la syphilis.

Observation de Laurent. — Femme de 52 ans, syphilis à 20 ans, traitée ; aucun accident secondaire ou tertiaire ; glycosurie légère de 2 grammes, diagnostiquée fortuitement, pas de phénomènes dus à l'hyperglycémie ; on institue un traitement mercuriel par l'huile grise ; à la troisième piqûre, plus de sucre.

L'argument thérapeutique n'est pas aussi évident que l'auteur le laisse pressentir, le trouble glyco-régulateur était peu prononcé ; il ne s'accompagnait pas de phénomènes liés à l'hyperglycémie. Souvent d'aussi légères glycosuries sont liées à l'abus d'hydrates de carbone ; de plus la malade se trouvait à une époque de la vie où les insuffisances organiques résultant de la somme des intoxications, des infections répétées sont fréquentes. Des glycosuries aussi minimes peuvent disparaître sous l'influence de l'alimentation ; dans certaines circonstances, les malades modèrent leur régime, modifient leurs habitudes de vie ; c'est peut-être ce qui a lieu ici.

Cette observation n'est pas suffisamment détaillée pour que l'on puisse tenir compte du résultat obtenu.

Observation de Cordier. — R..., 57, syphilis à 19 ans, traitée par K. I. et quelques pilules de protoïdure ; diabète datant de quatre ans. Homme robuste, obèse, 89 kilos, taille 1 m. 60 ; clangor du second

bruit à la base, rien au foie, à la rate, réflexes tendineux normaux, pas d'Argyll. Glycosurie 153 grammes par jour pour 2.100 grammes d'urines, forte albuminurie ; gomme du tibia. Traitement : 4 pilules bleues, 3 gr. K. I. Le onzième jour, disparition de la gomme, albuminurie descendue à 0 gr. 50 ; trois mois après, ni glycosurie, ni albuminurie. L'année suivante, nouvelle gomme au bras gauche, glycosurie de 15 grammes par litre ; trois semaines de traitement mercuriel fait disparaître la glycosurie.

Le rôle de la syphilis basé sur l'efficacité du traitement antispécifique est discutable ; il s'agit d'un obèse, c'est-à-dire d'un homme prédisposé au diabète. La syphilis manquerait dans les antécédents, on trouverait un des troubles morbides, fréquemment rencontrés chez les diabétiques. L'observation ne renseigne pas sur le régime suivi ; il est difficile d'apprécier l'effet du traitement mercuriel.

Observation de Cordier. — Adjudant P..., 47 ans ; éthylisme marqué, blennorragie à 20 ans ; depuis quinze ans bronchites fréquentes ; amaigrissement de 10 kilos en un mois, asthénie, polydipsie, polyurie, glycosurie de 60 grammes par jour. Forte corpulence, obésité, leucoplasie buccale. Emphysème pulmonaire, hypertension artérielle ; inégalité pupillaire, diminution du réflexe pupillaire à la lumière, réflexes rotuliens normaux ; aorte élargie à la radioscopie, pas de syphilis avouée ; femme bien portante, enfants sans signe d'hérédité-spécificité ; Wassermann positif. Traitement par les sels mercuriels solubles durant trois semaines : amélioration ; la glycosurie de 84 grammes tombe à 25 gr., tandis que l'urée de 55 grammes avant le traitement, tombe à 19 gr. On continue le traitement spécifique par l'iodure de potassium, 6 pilules bleues par jour ; tous les phénomènes diabétiques disparaissent ; dix mois après, la glycosurie n'a pas récidivé.

La syphilis de l'individu est certaine ; l'obésité, l'éthylisme si communs chez les diabétiques se retrouvent dans cette observation comme dans la précédente. Un fait a exercé une influence dans la disparition de la glycosurie : le régime.

La preuve nous en est fournie par la diminution de l'urée ; pour une glycosurie de 84 grammes, l'urée était de 55 grammes, elle est descendue à 19 grammes quand il n'y avait plus trace de sucre. Cette différence résulte de la réduction alimentaire à laquelle le malade s'était soumis.

La tolérance hydrocarbonée n'a pas été établie soigneusement en

obtenant du malade qu'il pèse les aliments ingérés par vingt-quatre heures et en notant les circonstances pathologiques qui exercent une influence sur la tolérance, telles qu'infection, surmenage, troubles digestifs. C'est pour avoir méconnu ces détails que cette observation, comme beaucoup d'autres ne présente pas l'intérêt que son auteur lui a accordé.

Dans d'autres circonstances, l'action de la syphilis est plus problématique : le régime ayant été institué en même temps que le traitement spécifique.

Observation Decker. — S..., ouvrier, 30 ans, malade musclé, présentant à l'œil un processus complexe ayant attaqué les procès ciliaires, la choroïde, la rétine, le nerf optique ; la glycosurie existe en quantité notable ; en même temps syphilides tertiaires dans le dos ; antérieurement malade soigné pour des accidents secondaires cutanés et muqueux par KI. et frictions mercurielles. Decker institue un traitement spécifique, mais, dit-il, « je n'osais pas me départir de la diète obligatoire. » Quelques jours plus tard, l'urine ne contient plus que des traces de sucre, les troubles oculaires s'atténuent puis disparaissent ainsi que les syphilides de la peau. Le traitement mercuriel ainsi appliqué ne permet pas d'accorder à la syphilis la priorité dans l'étiologie du diabète ; sous l'influence des traitements mercuriels et anti-diabétiques, les divers accidents disparaissent, les syphilides d'une part, la glycosurie de l'autre.

Observation d'Hardoy. — Femme de 27 ans ; diabète grave avec amaigrissement de 20 kgr. en soixante jours ; polydipsie de 10 litres ; par vingt-quatre heures glycosurie de 572 grammes, 112 grammes d'urée ; pas d'albumine. Malade soumis à diète carnée avec exclusion des hydrates de carbone, 0 gr. 01 centigrammes de pilocarpine tous les deux jours ; la glycosurie tombe à 30 grammes, la polyurie à 2 lit 5. Malgré la continuation rigoureuse d'un régime sévère, pas d'amélioration ; on commence un traitement par le calomel ; après la quatrième piqure, disparition de la glycosurie.

Pour Hardoy, ce diabète serait une manifestation de la syphilis ; il est difficile d'accepter cette opinion, surtout en l'absence de renseignements sur le régime. Le malade avait suivi une cure de réduction avant le traitement mercuriel ; il est vraisemblable que le malade a continué à s'alimenter suivant les prescriptions qui lui avaient été données. Souvent le régime n'a pas une action immédiate mais plusieurs jours, voire même plusieurs semaines après avoir été commencé.

D'autres observations sont dépourvues de signification, elles ne contiennent pas les éléments permettant d'établir le rôle de la syphilis dans le diabète.

Dans un cas de M. Villaret, l'intervention de la syphilis a été envisagée ; malgré la minutie des détails, on ne peut suivre l'auteur dans ses conclusions. Le chancre datait d'une dizaine de jours quand le diabète est apparu ; quelques semaines plus tard se manifestaient les accidents secondaires.

En un mois, le malade maigrit de 7 kilos. Le foie et la rate sont normaux ; l'examen des selles ne décèle pas de signe d'insuffisance pancréatique. La glycosurie est de 427 grammes, par vingt-quatre heures ; dans les urines 1 gr. 2 d'acétone, 52 grammes d'urée ; la glycémie est de 2 gr. 55. Le diabète est traité deux mois après son apparition par le mercure ; 0 gr. 01 de cainure de Hg intra-veineux par jour. En quelques jours, les accidents secondaires disparaissent ; une seconde analyse pratiquée une dizaine de jours après, montre que les urines contiennent 340 grammes de glucose par jour, 58 grammes d'urée, 1 gr. 11 d'acétone ; la glycémie est de 4 gr. 09.

Le rôle de la syphilis est très discutable ; on ne saurait affirmer que le diabète est secondaire à la syphilis ; il est apparu longtemps avant les accidents secondaires, alors que le tréponème devrait être encore localisé à l'accident initial. L'action du traitement spécifique a été nulle ; la diminution de la glycosurie de 80 grammes est une différence que l'on peut observer d'un jour à l'autre sans changement de l'état général. Chez un diabétique qui ne reçoit pas un régime fixe, des différences dans la glycosurie peuvent être plus grandes encore. A ne considérer que la glycémie, il semble que le diabète s'est aggravé sous l'influence du traitement spécifique, de 2 gr. 55 avant le traitement mercuriel, elle est montée à 4 grammes. Il n'y a donc pas dans cette observation les indications suffisantes pour entraîner la conviction en faveur de l'origine syphilitique du diabète.

Les observations de diabète où l'action du traitement spécifique est correctement relatée sont extrêmement rares. Celle que M. Rathéry a dernièrement publiée est fort intéressante, elle concerne un diabète à forme subaiguë chez un hérédo-spécifique. En plus d'une glycosurie légère, de symptômes généraux graves, on trouvait de l'asthénie, de l'amaigrissement, le Gerhardts était négatif, il existait des

signes d'iritis spécifique ; le régime strict sans hydrate de carbone n'a amené aucune régression, ni de la glycosurie ni des autres symptômes. Au contraire un traitement par le sulfarsenol (2 gr. 12 en six semaines) a déterminé à la fois la guérison de l'iritis, la disparition de la glycosurie et celle des troubles généraux **T. F.**

Il semble que dans un pareil cas, on puisse parler de diabète syphilitique vrai, guéri par le traitement spécifique.

Le malade malgré une réaction de Wassermann négative est syphilitique, il a présenté des accidents à sa naissance. Le diabète est apparu à 16 ans. Il s'agit d'un ^{forme} traitement grave.

Le traitement anti-syphilitique a été efficace immédiatement, les traitements antérieurs avaient échoué. Le coefficient d'assimilation pour les hydrates de carbone n'a pas été établi. Dans une première période le malade avait été mis à un régime sans hydrate de carbone, sans que l'on puisse obtenir ^{et} amélioration du diabète. Ce n'est que lorsque le traitement antisiphilitique a été établi qu'on a assisté à une véritable résurrection du malade, à la disparition de la glycosurie en même temps que de l'iritis ; un mois après, le régime était de 100 grammes d'hydrate de carbone sans apparition de glycosurie. L'effet rapide de la médication coïncidant avec la disparition des symptômes généraux et la cure de l'iritis est un garant de l'efficacité thérapeutique du médicament employé.

L'objection que l'on peut relever tient à l'emploi du sulfarsénol. Ce composé arsenical peut-il intervenir sur le diabète en dehors de l'origine syphilitique ?

Porter relate les résultats d'un médecin indien qui a soigné une cinquantaine de diabétiques par le salvarsan sans aucune rechute ; pour plusieurs des malades, la nature syphilitique du diabète était douteuse.

Achard, Binet, Cournaud étudiant les variations du sucre sanguin à la suite d'injections intraveineuses de novarsénobenzol, ont noté chez le sujet normal une élévation de l'hyperglycémie et chez le sujet diabétique, une diminution très nette de celle-ci.

Parfois on signale les bons effets du traitement syphilitique dans des diabètes non syphilitiques. Un malade de Linossier, diabétique depuis plusieurs années contracte la syphilis ; on le soumet au traitement spécifique ; la glycosurie qui, habituellement, ne s'abaissait que par périodes et dans les proportions modérées

subit alors une réduction plus accentuée quand les deux traitements sont appliqués.

L'effet curateur des arsénobenzènes et même du mercure est constatée dans des circonstances où la syphilis n'est pas en cause : les tuberculides, les sarcoïdes, certains psoriasis, les éruptions pianiques sont très sensibles aux arsénobenzènes.

Quoiqu'il en soit, la coexistence chez le malade de M. Rathery de signes d'hérédo-syphilis guéris concurremment avec les manifestations diabétiques permet d'affirmer la nature syphilitique de ce diabète. L'existence du diabète syphilitique est ainsi démontrée, mais étant donnée la fréquence de la syphilis, la rareté de pareils faits est peu en faveur du rôle prépondérant de la spécificité dans l'étiologie du diabète.

Le malade de cette observation étant un garçon de 16 ans, cela nous donne l'occasion de parler du diabète infantile.

La littérature médicale contient des cas de diabète chez des hérédo-syphilitiques ; quelques cas paraissent témoigner du rôle de la spécificité dans l'étiologie de cette maladie ; mais il ne faut pas généraliser le rôle de la syphilis dans la pathogénie du diabète des enfants.

Nombre de diabètes infantiles ont pour cause la scarlatine, les oreillons, la fièvre typhoïde, la tuberculose, le rhumatisme, une infection rhino-pharyngée, la grippe.

Les rapports unissant le diabète et l'hérédo-syphilis sont plutôt lâches.

Le diabète des enfants est dans bien des cas peu accessible au traitement arsenical quoique la syphilis de l'enfant existe.

Un des jeunes diabétiques de M. Labbé avait les signes de syphilis héréditaire ; son père était syphilitique ; un traitement énergique et prolongé par le mercure et les arsenicaux n'a nullement influencé le trouble glyco-régulateur et n'a pas empêché le diabète d'aboutir à la mort. Une autre petite diabétique de M. Labbé, W..., présentait un aspect bien au-dessous de son âge, la possibilité de syphilis héréditaire avait été envisagée ; le traitement arsénobenzolique resta sans succès ; la petite malade vient même de mourir dans le coma. Lion et Moreau ont traité sans succès par le mercure plusieurs jeunes diabétiques dont les parents étaient syphilitiques. M. Babonneix a eu l'occasion d'observer un nourrisson de 13 mois présentant un diabète évolutif ; un traitement

par frictions mercurielles a été institué, il est resté inefficace, l'enfant est mort dans le coma.

Méthode pour mettre en évidence l'action spécifique du traitement

Pour établir la nature syphilitique d'un diabète, l'influence thérapeutique du traitement spécifique ne peut être prouvée que lorsqu'on aura pu démontrer que le traitement seul, en dehors de tout régime, a amené la cessation de la glycosurie.

Il ne suffit pas de constater une réduction de la glycosurie après l'institution de la cure anti-syphilitique ; on doit ainsi que M. Labbé l'a préconisé, commencer par équilibrer le diabétique sous l'influence d'un régime alimentaire bien observé. La tolérance du sujet pour les hydrates de carbone étant établie, on pratique le traitement anti-syphilitique ; si ce dernier amène une élévation progressive du coefficient d'assimilation hydro-carbonée on peut affirmer que la syphilis est en cause.

Ce n'est qu'en prenant ces précautions que l'action du traitement antisiphylitique pourra être mise en évidence. M. Marcel Labbé a appliqué cette méthode à une de ses malades, il en a tiré les plus grands avantages.

Mme Dub..., 39 ans, ménagère, entre à l'hôpital dans un état de somnolence, de dépression générale. Elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose ; elle s'assoupirait volontiers si l'on n'insistait pas pour lui demander des renseignements. Elle se plaint de céphalée, d'inappétence, d'amaigrissement progressif ; elle éprouve une soif très vive qui l'oblige à se relever la nuit. Depuis trois mois, elle est malade ; sa santé, jusque-là satisfaisante subit un changement notable. En quelques jours, ses habitudes se modifient ; elle qui ne prenait rien entre ses repas, éprouve le besoin de se désaltérer dans l'intervalle ; elle arrive au bout d'une semaine à prendre 5 à 6 litres de liquide par jour. La polyphagie est venue plus tardivement pour cesser voici une quinzaine de jours. D'habitude Dub... était une grosse mangeuse ; pour une taille moyenne elle pèse 75 kilòs : à 23 ans, elle pesait 103 kilòs.

L'haleine est forte, la langue sèche, les dents en bon état ; l'examen du foie, de la rate, des poumons, du cœur ne décele rien de particulier ;

la tension artérielle 18,5-9 au Vaquez ; la malade a une impression de brouillard dans les yeux ; les pupilles sont normales, elles réagissent à la lumière. Les réflexes tendineux sont exagérés aux membres inférieurs. Jusqu'ici, la malade n'a suivi aucun régime.

Son père n'est ni diabétique, ni goutteux, ni asthmatique, sa mère est morte à 36 ans des suites de couches. Elle a trois sœurs, un frère bien portant ; un frère est mort à 32 ans de bacillose. Etant enfant, elle a eu la rougeole, à 30 ans, une pneumonie. Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans, elle n'a jamais eu de fausse couche. Il y a huit ans, elle a contracté la syphilis, soignée énergiquement par 15 injections hebdomadaires de 606. Depuis, elle n'a suivi aucun traitement, elle n'accuse pas de récurrence d'accidents secondaires.

La glycosurie est de 195 grammes par vingt-quatre heures pour un régime de 187 grammes d'hydrates de carbone, de 60 grammes d'albumine, de 116 grammes de graisse ; acidose positive. Selles alcalines, contenant quelques fibres musculaires ; hydrates de carbone en abondance, graisses en quantité notable, pas de graisses neutres ; nombreux œufs de tricocephales.

1^{er} janvier. — Fatigue extrême, torpeur, impossibilité de lire, ponction lombaire donne un liquide clair, non hypertendu, sa cytologie est normale ; pour un régime de 36 grammes d'hydrates de carbone, 58 grammes d'albumine, 105 grammes de graisses, la glycosurie est de 64 grammes par vingt-quatre heures ; 2.700 grammes d'urines. Acidose, traitement alcalin. Jusqu'au 6, même régime, la glycosurie oscille entre 60 et 108 grammes, l'acidose augmente ; les 6, 7, 8 janvier cure de jeûne ; la malade ne prend par jour qu'un litre 1/2 d'eau alcaline et un litre de bouillon de légumes ; dès le deuxième jour, la glycosurie tombe à 0 ; les réactions d'acidose sont moins fortes le troisième jour ; la tension artérielle a un peu baissé, 12-7.

Peu à peu, on réalimente la malade en commençant par une cure de légumes verts ; on augmente progressivement le régime hydrocarboné afin de découvrir la limite de la tolérance pour les hydrates de carbone et d'essayer ensuite, dans des conditions de régime inchangées, l'action du traitement antisyphilitique. Toutes les prévisions ont été dépassées ; en général le trouble glyco-régulateur ne permet pas de dépasser une certaine quantité d'hydrates de carbone ; dans le cas de Dub... la limite de tolérance a été impossible à découvrir ; après cinq mois de traitement la malade pouvait tolérer 250 grammes d'hydrates de carbone.

Le régime seul a été institué et a exercé une influence heureuse sur tout l'ensemble symptomatique ; de subcomateuse à son entrée, la malade est sortie complètement rétablie. Si le traitement spécifique

avait été ordonné dès le premier jour, on lui aurait attribué le succès obtenu et l'on aurait eu tendance à voir une filiation entre ce diabète et la syphilis.

Inefficacité du traitement spécifique chez des diabétiques manifestement syphilitiques

M. Marcel Labbé a cherché à traiter les diabètes dans lesquels il soupçonnait la syphilis comme tout accident spécifique ; malgré des effets répétés il n'a pas eu le bonheur de constater une action si minime soit-elle du traitement arsénical ou mercuriel sur le trouble glyco-régulateur.

Chez une jeune fille de quinze ans, ralentie dans son développement somatique, présentant un aspect bien au-dessous de son âge on pouvait penser à la possibilité de la syphilis héréditaire ; malgré qu'il n'y eut aucun stigmate d'hérédo-syphilis, que la réaction de Wassermann fut négative ; un traitement par le novarsénobenzol a été institué, il est resté sans succès.

Dans un cas de diabète chez un syphilitique avec troubles fonctionnels pancréatiques, on pouvait penser à une pancréatite syphilitique ; plusieurs traitements spécifiques énergiques furent institués sans résultat d'ailleurs.

V..., 55 ans, jusqu'à 40 ans, aucune maladie ; à 48 ans, gomme syphilitique de la gorge guérie par un traitement arsenical. A 40 ans, début du diabète ; pendant longtemps, selles fréquentes, molles, grasses. Amaigrissement de 27 kilos ; autrefois V... a pesé 87 kilos, plusieurs traitements spécifiques ont été pratiqués. Teint jaune, foie un peu gros, réflexes rotuliens absents. Pour un régime de 173 grammes d'albuminoïdes, de 250 grammes de matières grasses, de 190 grammes d'hydrate, de carbone : 53 grammes d'urée, 580 grammes de glucose ; 1 gr. 5 d'ammoniaque, 1 gr. 5 d'acétone et d'acide diacétique ; urobiline +. A l'examen des selles : graisses en surface ; débris végétaux et amidon rares ; nombreux cristaux d'acides gras. Coefficient d'absorption des graisses 90 0/0 ; graisses acides 63 0/0 ; graisses neutres 23 0/0 ; graisses insaponifiables 8 0/0 ; savons 5 0/0, coefficient azoté — 7 gr. 5 ; coefficient hydrocarboné — 386 grammes.

Traitement arsénobenzolique, puis reprise du régime mixte. Urines.

2 litres 5 ; urée : 1 gr. 5 : ammoniacque : 0,83 ; glycosé : 140 grammes ; acétone et acide diurétique +. Un mois plus tard, traitement avec pan créatine ; le malade reçoit 3 gr. 60 de 914. L'état général décline, le malade maigrit.

Mort deux ans après, malgré tous les traitements arsenicaux et mercuriels institués.

*Observation d'un enfant diabétique d'une dizaine d'années
dont le père était syphilitique.*

M. Darier qui avait soigné le père avait recherché la syphilis héréditaire chez l'enfant sans découvrir de stigmates, la réaction de Wassermann était négative ; plusieurs traitements mercuriels et arsenicaux n'amènent aucune amélioration même passagère ; le diabète évolue progressivement, se complique d'acidose et tue dans le coma.

M..., 12 ans, diabète avec dénutrition et acidose ; père syphilitique, un frère aîné non diabétique, mère bien portante ; grands-parents maternels goutteux, souffrant d'angine de poitrine. Diabète datant de trois ans ; poids 30 k. ; taille 1m. 40 ; foie un peu gros ; cœur, poumons, réflexes tendineux, normaux. Régime : 44 grammes H. C., 72 grammes de matières azotées ; bi-carbonate de soude ; cacodylate ; huile de foie de morue ; glycosurie 54 grammes pour 2 litres d'urines ; acidose positive.

Etat général s'améliore. Un mois et demi plus tard cure de légumes secs comportant 102 grammes d'albumine, 150 grammes H. C., 119 grammes de graisse. Urines 2.500 grammes, urée 21 grammes ; azote total 12 gr. 95 ; glycosurie, 148 grammes ; acétone 1 gr. 60 ; urobiline = 0 ; bilan azoté + 1 gr. 80 ; bilan H. C. + 7 grammes. A l'examen des selles, nombreux cristaux d'acides gras, assez nombreuses granulations de graisse ; amidon en quantité notable.

A la fin de décembre, cure de farines d'avoine 160 grammes d'H. C. par vingt-quatre heures, urée 7 grammes, azote total 4 gr. 5 ; glycosurie 108 grammes ; acidose, urobiline traces ;

A la fin de janvier, cure de régime lacté pendant trois jours ; pour 140 grammes d'albumine, 77 grammes de graisse, 90 grammes H. C., l'enfant élimine par vingt-quatre heures 1230 grammes d'urines. 12 gr. d'urée 7 gr. 5 d'azote ; 88 grammes de glucose, 1 gramme d'acétone ;

Fin février, on commence une série d'huile grise, puis 10 injections d'hectine ; après le traitement, la glycosurie est de 43 grammes. Wassermann négatif.

Cinq mois plus tard, avec le régime mixte, glycosurie de 26 grammes ; en juillet 6 injections de 914 ; glycosurie, 11 grammes.

Le diabète continue à évoluer ; mort quelque mois plus tard.

Obs. G..., 54 ans syphilis à 20 ans ; diabète ayant débuté dix ans auparavant, grand mangeur de sucre, pas d'éthylisme.

Il y a deux ans, on aurait trouvé de l'acétonurie, récemment la glycosurie était de 35 grammes.

E. A. syphilides palmaires hyperkératosiques à la main gauche : leucoplasie buccale à la commissure droite, foie un peu gros, cœur, pupilles, poumons, réflexes tendineux normaux ; glycosurie + gerhard + +. Une série de 10 injections de biiodure de mercure fait disparaître les accidents syphilitiques, sans améliorer le diabète ; au contraire après le traitement mercuriel, l'acidose est plus forte, la glycosurie est de 27 gr. par vingt-quatre heures.

Un autre malade, **Hem...**, est atteint de diabète avec dénutrition. La syphilis contractée dix ans auparavant a été soignée sérieusement. Les pupilles réagissent normalement, le Wassermann est positif, le foie est légèrement hypertrophié ; pas de signes d'insuffisance pancréatique. Le malade reçoit six injections de 914 ; avant la cure anti-syphilitique l'analyse d'urines montre par vingt-quatre heures : acidité totale 1,91 ; urée 23,50 ; azote de l'urée 11 grammes ; ammoniacque des corps ammoniacaux 0,90 ; ammoniacque des acides aminés 0,25 ; azote des acides aminés 0,20 ; azote total, 15 grammes ; glycose 93,75 ; acétone 0 gr. 79 ; réactions d'acidose + ; urobiline, traces (1). Après la cure, avec un régime identique : acidité 2 gr. 32 ; urée, 28 gr. 5 ; azote de l'urée 13 gr. 34 ; ammoniacque des corps ammoniacaux 0,95 ; azote des corps ammoniacaux 0,78 ; ammoniacque des acides aminés 0,21 ; azote des acides aminés 0,18 ; ammoniacque des sels ammoniacaux 0,74 ; azote total, 16 grammes ; glycose 52,23 ; acétone, 1 gramme ; réactions d'acidose + ; urobiline, présence.

L'action thérapeutique spécifique a été nulle ; la différence entre le degré de la glycosurie avant et après le traitement arsenical n'a aucune signification : le même fait peut se présenter d'un jour à l'autre chez tout diabétique. A ne considérer que les chiffres du métabolisme azoté, il semblerait que le diabète s'est aggravé sous l'influence du traitement spécifique.

Les diabétiques syphilitiques ne bénéficient pas toujours du

1. Les analyses d'urines des observations de M. Labbé sont dues à M. Nepveux, chef de laboratoire, à qui j'adresse mes plus vifs remerciements.

traitement arsenical ; il y a parfois danger à pratiquer un traitement actif.

Chez deux diabétiques améliorés par le régime ayant un Wassermann positif, Masson commence un traitement arsenobenzolique ; après la deuxième injection, la tolérance des malades diminue progressivement, l'état s'aggrave, le Wassermann redevient négatif. On doit donc se défier des arsenobenzènes chez les diabétiques même soupçonnés de syphilis ; il faut commencer par le régime avant tout autre traitement.

Devant les insuccès que nous signalons, on ne saurait être trop prudent dans le diagnostic de la syphilis et dans l'attribution à cette infection de l'étiologie d'un diabète.

De pareils faits, dira-t-on, ne contredisent pas l'existence du diabète syphilitique ; les altérations organiques peuvent être de nature telles que le traitement spécifique reste inefficace ; l'infection syphilitique peut jouer son rôle sans qu'on puisse la révéler par l'influence du traitement spécifique. Il en serait ainsi, on en serait réduit à de pures hypothèses : de tels diabètes ne peuvent pas faire leur preuve, le problème du diabète syphilitique demeurerait impénétrable.

Les accidents du diabète ne sont pas assimilables à ceux de la syphilis

Un des principaux arguments en faveur de la conception du diabète syphilitique est emprunté à la similitude de certains symptômes du diabète avec ceux de la syphilis nerveuse : ce rapprochement est très discutable. Si les accidents nerveux du diabète étaient apparentés à la syphilis, ils seraient les seules manifestations syphilitiques à évoluer sans signes cliniques et biologiques spécifiques de cette maladie : signe d'Argyll, névrite atrophique du nerf optique, Bordet-Wassermann, lymphocytose et albuminose rachidiennes ; ceci oblige à rendre circonspect.

Les troubles nerveux du diabète ne sont pas assimilables à ceux qui constituent la syphilis nerveuse. Le tabétique a des douleurs fulgurantes, des crises gastriques, de l'incoordination, des pupilles ne réagissant pas à la lumière, des maux perforants plantaires, des arthropathies, de l'anesthésie testiculaire ; le diabétique a des

algies névritiques, il steppe, ses mouvements ne sont pas incoordonnés ; le Romberg, l'Argyll, les arthropathies, les maux perforants manquent, le liquide céphalo-rachidien reste normal.

Les perturbations de la réflectivité tendineuse des diabétiques ont toujours éveillé la sagacité des neurologistes. Cette complication n'est pas de nature syphilitique, elle est généralement en rapport avec une polynévrite surajoutée au diabète.

Les diabétiques sont souvent alcooliques et tuberculeux ; ces causes sont capables de créer des lésions nerveuses.

L'abolition des réflexes tendineux des diabétiques serait liée à la syphilis, on devrait trouver à l'autopsie des diabétiques aussi souvent que dans le tabès, les lésions de sclérose des cordons postérieurs. Or cela est exceptionnel : Charcot, Nivière, Mongour, Rosenstein, Vergely n'ont rencontré aucune lésion médullaire à l'autopsie de diabétiques privés de réflexes rotuliens.

Dans le tabès, l'aréflexie tendineuse est immuable, elle ne tarde pas à s'associer à d'autres signes de neuro-syphilis ; en revanche dans le diabète elle peut varier d'un moment à l'autre, elle reste isolée.

Si l'on consulte les statistiques, l'absence de réflexes rotuliens des diabétiques est un phénomène beaucoup plus rare que dans le tabès où cette anomalie est pour ainsi dire de règle ; sur 13 diabétiques, Landouzy ne l'a rencontrée que trois fois, Marie et Guinon trois fois sur 8 malades, Pitres quatorze fois sur 32, Bouchard dix-neuf fois sur 66 ; Bouchard avait recherché attentivement la syphilis ; aucun de ses diabétiques ne présentait de signes de syphilis acquise ou de stigmates de syphilis héréditaire ; les diabétiques sans réflexes rotuliens étaient des goutteux, des lithiasiques, des obèses, des rhumatisants.

Certains auteurs voient dans l'aréflexie tendineuse des diabétiques un trouble morbide lié à la syphilis. Dernièrement M. Pinard présentait, comme syphilitique, à la Société médicale des Hôpitaux un diabétique dont les réflexes rotuliens étaient abolis et dont le liquide céphalo-rachidien contenait une légère augmentation de l'albumine, 0 gr. 50 par litre. Il n'y avait qu'un lymphocyte par millimètre cube, la réaction de Wassermann avec le liquide de la ponction lombaire était négative, la réaction au benjoin colloïdal normale ; avec le sérum sanguin, le Hecht, le Desmoulières, le Bordet-Wassermann étaient négatifs ; les pupilles n'étaient pas

inégales, elles réagissaient à la lumière, l'examen du fond de l'œil n'avait décelé aucune lésion.

En dépit des apparences, les liens sont bien lâches pour faire remonter l'aréflexie tendineuse à une origine centrale et pour concevoir ce diabète en relation avec la syphilis : une albuminose rachidienne de 0 gr. 50 n'est pas spécifique d'une spécificité latente.

Ce malade ayant reçu un traitement arsenobenzolique et la glycosurie ayant disparu à la suite, l'argument thérapeutique a été invoqué pour rattacher ce diabète à la syphilis. L'observation n'a pas été rapportée dans des conditions de rigueur suffisantes pour que l'on puisse porter pareil jugement.

La plupart des troubles nerveux du diabète ne peuvent être comparés à ceux qui constituent le syndrome de neuro syphilis, cependant il s'en trouve, tel le mal perforant plantaire, qui relève de la syphilis. Il ne faudrait pas conclure de là que la conception de Fournier trouve ainsi un appui ; ce n'est qu'une coïncidence ; un certain nombre de diabétiques sont syphilitiques (la statistique le démontre) ; il n'y a rien d'étonnant à ce que quelques-uns d'entre eux présentent des accidents syphilitiques.

Un malade de Sicard avait une glycosurie de 40 grammes par vingt-quatre heures ; depuis plusieurs années, il souffrait d'un mal perforant plantaire, les réflexes rotuliens et achilléens étaient diminués, la lymphocytose rachidienne assez forte. Un mois de traitement antidiabétique fait baisser le sucre urinaire sans amener l'amélioration du mal perforant plantaire et sans faire décroître la lymphocytose rachidienne.

L'intérêt d'une observation de Mosny et de Beaufarné réside dans l'évolution parallèle des maux perforants et de la lymphocytose rachidienne, de leur disparition, tandis que la glycosurie restait sensiblement au même degré. Ce malade était syphilitique ; il n'avait, il est vrai, ni Argyll, ni abolition des réflexes mais il présentait de la lymphocytose rachidienne. Dans ses antécédents existait l'histoire d'un chancre quelques années auparavant.

Deux autres diabétiques, un de Dufour, un autre de Sicard ayant des maux perforants plantaires en même temps que de la lymphocytose rachidienne, présentaient à l'autopsie des lésions de méningo-radiculomyélite classique du tabès.

On voit donc toute l'importance de l'étude du liquide céphalo-

rachidien ; non seulement, elle apporte son appoint au diagnostic des maladies nerveuses, mais elle peut révéler la véritable cause, l'origine réelle de certains troubles que l'on pourrait rattacher au système nerveux périphérique.

Parfois l'analogie des troubles nerveux du diabète avec ceux du tabès est frappante quand, aux troubles de la sensibilité, à la réflexie tendineuse, se surajoutent des troubles de la démarche, le steppage, l'anesthésie plantaire, une certaine incertitude dans les membres inférieurs. Un examen minutieux du malade permet de dénouer la véritable nature de ces accidents ; on ne trouve ni inégalité pupillaire, ni défaut d'accommodation à la lumière, peu ou pas de phénomènes vésicaux, pas de Romberg, pas d'incoordination, pas de trouble des sensibilités viscérales profondes, pas de lymphocytose rachidienne ; cet ensemble diffère du tabès véritable, il s'agit de pseudotabès diabétique par névrite périphérique sur lequel M. Leval-Piquecheff a attiré l'attention ; cet état n'est qu'une forme de polynévrite, il n'a aucun rapport avec la syphilis.

Le cas de Debove est un des meilleurs exemples qu'il soit possible de trouver ; il concerne un diabétique, gros mangeur, alcoolique, obèse pesant 117 kilos, ayant des douleurs dans la région des deux sciatiques ; les réflexes rotuliens étaient abolis, la démarche était celle d'un tabétique, le pied frappait le sol en deux fois, le talon d'abord, l'avant-pied ensuite ; il n'y avait ni incoordination, ni modification des réactions pupillaires. Ces troubles étaient liés à la polynévrite alcoolique surajoutée au diabète. L'évolution des accidents avait été rapide, contrairement à ce qui se passe dans le tabès ; sous l'influence d'un régime de réduction, tous les accidents disparurent en quelques semaines en même temps que la glycosurie.

La communauté des caractères des paralysies oculaires du diabète et du tabès pourrait encore être invoquée comme argument en faveur de l'origine syphilitique du diabète.

Dieulafoy les rapporte au diabète ; il se fonde sur la fréquence trois fois plus grande de la paralysie de la VI^e paire crânienne par rapport à la paralysie de la III^e paire, tandis que dans la syphilis, le moteur oculaire commun est plus souvent touché.

Dans les 58 cas que Dieulafoy et ses collaborateurs ont observés, la syphilis n'a été rencontrée chez aucun ; à l'époque où ses recherches ont été effectuées, on ne s'aidait pas encore des mé-

thodes de laboratoire ; il se peut que des cas de syphilis aient passé inaperçus. Nous nous demandons si l'on est en droit de disjoindre les paralysies oculaires diabétiques des paralysies oculaires tabétiques, d'autant plus que les unes et les autres sont dissociées, fugaces, parcellaires, qu'elles disparaissent spontanément, que les paralysies oculaires ne sont pas en rapport avec le degré de la glycosurie, qu'elles peuvent apparaître une fois que la glycosurie a cessé.

On n'a pas ainsi la preuve que le diabète est syphilitique, mais que les deux maladies : diabète et syphilis, s'associent sur le même individu. Les deux diabétiques chez lesquels nous avons observé une paralysie du moteur oculaire commun étaient syphilitiques.

L'aortite des diabétiques n'est pas liée à la syphilis : le fait peut exister ; dans la généralité des cas, on a affaire à des malades présentant une forme spéciale de diabète : la glycosurie est peu élevée, les troubles de l'hyperglycémie peu accusés ou absents ; en même temps existent une légère albuminurie, des signes d'insuffisance rénale, de l'hypertension artérielle.

Presque toujours il s'agit d'individus d'un certain âge, souffrant d'une néphrite chronique surajoutée à leur diabète.

La coexistence du diabète et de la paralysie générale sur le même individu pose la question des rapports entre ces deux maladies.

La coexistence du diabète et de la paralysie générale pourrait faire croire que la syphilis intervient dans l'étiologie du diabète. La paralysie générale ne conduit pas plus au diabète que le diabète favorise la paralysie générale, chaque maladie a son cadre, ses caractères, son étiologie particulière. La syphilis jouerait un rôle dans la production du diabète, le nombre des paralytiques généraux atteints de diabète devrait être élevé : sur 1.000 paralytiques généraux, Vigouroux a trouvé 3 diabétiques, à l'autopsie desquels il a rencontré des lésions légitimant le trouble de l'appareil glyco-régulateur.

Son premier malade avait une glycosurie abondante, il était atteint de lithiase pancréatique ; en plus de la sclérose qui envahissait toute la glande, de nombreux calculs obstruaient le canal de Wirsung.

Le second malade avait un diabète léger, une glycosurie de 13 grammes par vingt-quatre heures. Il s'agissait d'un marchand des quatre-saisons, éthylique, ayant une plaque de leucoplasie buccale,

des pupilles inégales, des réflexes rotuliens abolis. L'autopsie montrait des lésions de méningo-encéphalite diffuse; au foie, l'atrophie des cellules hépatiques, au niveau du pancréas, la disparition des îlots de Langerhans; aux reins, des lésions parenchymateuses et interstitielles.

La troisième observation concerne un homme dont la syphilis remontait à dix ans, le diabète à deux ans, la paralysie générale à un an. Il existait de l'inégalité pupillaire, des maux perforants plantaires; la glycosurie était d'une trentaine de grammes. A l'autopsie, lésions de méningo-encéphalite diffuse, dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, sclérose du pancréas.

Ces trois diabètes peuvent s'expliquer par les lésions constatées à l'autopsie des malades sans qu'il y ait lieu de faire intervenir la syphilis.

En somme les complications du diabète ne peuvent être assimilées aux signes de la syphilis; leur étiologie, leur évolution ne permettent pas d'accorder à cette affection une influence quelconque dans la pathogénie du diabète.

Le diabète conjugal

La question du diabète conjugal offre ceci de particulier qu'elle se rattache à l'idée de sa contagiosité et qu'elle incite à invoquer la syphilis pour l'expliquer: les faits ne justifient pas une telle manière de voir.

L'attention n'a été guère appelée sur l'existence du diabète conjugal qu'à l'époque où les découvertes microbiennes étaient en honneur et où l'on étudiait à l'envie la pathogénie parasitaire des maladies. Auparavant Lecorché, Reil, Seegen avaient relevé la coïncidence du diabète et de la syphilis, sans incriminer une influence infectieuse quelconque.

En 1890, Debove, à l'occasion de cinq observations de diabète survenu entre conjoints, émet à la Société médicale des Hôpitaux avec les réserves que lui imposaient la nouveauté du sujet et la hardiesse de la conception, la possibilité de la nature infectieuse du diabète. Chez ses malades, ainsi que chez ceux des auteurs ayant pris part à la discussion, la syphilis n'est pas signalée, par contre, on note dans les antécédents la goutte, les excès alimentaires.

Quelque temps après, Schmitz dans un important mémoire étudie 26 cas de diabète conjugal pris parmi 2.320 diabétiques : il est partisan de la contagion du diabète, mais sur 26 cas, il n'en relate que 7.

On peut lui reprocher d'avoir choisi les plus probants et d'avoir passé sous silence ceux qui contredisent la théorie infectieuse. Bien que ses observations soient relatées avec beaucoup de renseignements portant sur l'hérédité des malades, elles sont imprécises quant aux antécédents personnels, elles sont trop sommaires, ne fixant pas la forme clinique du diabète ; il dit bien que les malades n'ont pas abusé de sucreries, mais il néglige d'indiquer le régime suivi. Parmi ses 7 observations nous avons repris celle où la syphilis est consignée et une autre où on peut la présumer.

Obs. IV du mémoire de Schmitz. — Homme à hérédité chargée, ancien syphilitique, ayant fêté Bacchus et Vénus plus que de raison, fort, très valide, glycosurie variable ; depuis un an il vit avec une danseuse. Cette personne vint consulter, Schmitz, croyant elle aussi être diabétique, elle était tourmentée par une soif ardente, elle ressentait une lassitude extrême, l'haleine était fétide, la bouche sèche, la langue pâteuse, la glycosurie oscillait entre 50 à 60 grammes par litre.

Les antécédents n'apprenaient rien d'intéressant ; avant sa maladie, cette femme était bien portante et forte. Mort rapide peu de temps après la découverte de la maladie.

La nature syphilitique du diabète de cette femme ne peut être établie ; l'époque de la contagion n'est pas signalée. On trouve chez ces deux malades les troubles habituellement rencontrés chez les diabétiques ; l'homme avait été fort buveur, la femme avait été obèse ; chez l'homme, il s'agissait d'un diabète sans dénutrition chez la femme, d'un diabète évolutif. On ne connaît pas le début du diabète de l'homme ; était-il antérieur ou postérieur à la syphilis ? Aucun détail n'est fourni sur les traitements suivis ; on manque trop de renseignements pour tirer de cette observation des déductions précises.

Obs. VI. — Diabétique âgée de 25 ans, devenue malade cinq mois après la mort d'une amie diabétique, à laquelle elle avait prodigué des soins incessants pendant de longs mois. D'après Schmitz l'usage du même lit et les baisers peuvent facilement donner la transmission de cette maladie ; dans l'observation, on ne trouve rien qui rappelle la syphilis.

Les cas rapportés par Tessier de Lyon contiennent les mêmes imprécisions, ils concernaient des personnes ayant des contacts répétés (gendre et belle-mère, domestique et maître) ou ayant manipulé des objets appartenant à des diabétiques et souillés par leur salive ou leurs urines : blanchisseuses, domestiques. Dans les deux cas de diabète, rapportés par Talamon, survenus chez des domestiques dont les maîtres étaient diabétiques, la syphilis n'est pas notée, il est difficile de l'admettre. En 1893, Marie dans une leçon clinique encadre à un cas de diabète d'intéressantes réflexions sur la théorie de la contagion. Se basant sur la diversité de vie des conjoints, il admet la contagion comme facteur de ce diabète. Il ne saurait, dit-il, être question d'une influence commune de régime alimentaire puisque, par suite de la profession d'interprète exercée par le mari, celui-ci était le plus souvent en voyage et que même, pendant ses séjours à Paris, il mangeait rarement avec sa femme ». Or le mari aimait la bonne chère, il ne dédaignait pas les bons soupers, son métier lui donnait l'occasion de partager le menu, la vie des personnes qu'il accompagnait. A plusieurs reprises il avait eu des poussées d'eczéma. Vraisemblablement il était syphilitique étant donné un mal perforant plantaire ; l'observation ne contient aucun autre détail.

La femme était fille d'un asthmatique ; à plusieurs reprises, elle était atteinte de rhumatisme chronique, elle jouissait d'un certain embonpoint. On ne trouve rien qui rappelle la syphilis, à part il est vrai des migraines dans son enfance, mais sur ce signe seul, on ne peut porter le diagnostic de syphilis héréditaire. La syphilis existerait-elle chez chacun de ces malades, elle ne serait pas seule en cause ; on retrouve en effet les mêmes troubles morbides que chez la plupart des diabétiques.

Avec Oppler et Kultz les observations sont soumises à une critique sévère ; par leur ensemble, leurs détails elles fournissent un excellent champ d'études. Nous nous sommes arrêtés seulement aux observations contenant des signes de syphilis certaine ou probable.

Obs. R..., 51 ans, poids 70 kilos ; à 9 ans, fièvres intermittentes, à 24 ans typhus ; sur 10 grossesses 7 se terminèrent par un avortement ; son plus jeune enfant est rachitique, depuis six mois elle a des vertiges, elle a perdu considérablement ses forces, elle est très altérée ; pas de lésion organique, glycosurie de 20 grammes par vingt-quatre heures avec acidose. Mort deux mois après.

Son mari brasseur, 53 ans ; aucune tare héréditaire ; il y a quinze ans gros furoncle à la cuisse, crises de rhumatisme articulaire aigu ; une, il y a quatre ans, une autre, l'année précédente. Glycosurie 1 gr. Forte corpulence, poids 116 kilos.

La syphilis de la femme est probable, on ne peut l'affirmer en l'absence de Wassermann. Tout avortement doit faire penser à la syphilis, on ne doit pas méconnaître que les avortements répétés peuvent résulter de malformations utérines, d'insertions vicieuses du placenta, de l'albuminurie, des endométrites, des stases sanguines utérines secondaires à des affections cardiaques, du saturnisme. Le mari ne présente aucun signe de syphilis, il est obèse, gros mangeur, buveur. La femme a contracté les mêmes habitudes que son mari ; il est à présumer que ces causes sont intervenues dans ces deux diabètes.

Obs. II. — R..., libraire, 60 ans. A 48 ans syphilis, diabétique depuis trois ans, amaigrissement de 17 kilos en quatre ans ; poids 80 kilos, légère albuminurie. Sa femme, 61 ans, diabétique depuis un an, asthénie, amaigrissement ; psoriasis palmaire ; rien à l'examen des organes, à l'œil gauche traces d'iritis récent. Syphilitique depuis 12 ans ; à 11 ans fièvre typhoïde, un avortement à sept mois au début de son mariage puis deux grossesses à terme.

Un régime sévère fait disparaître la glycosurie. Mort six ans après le début du diabète.

Obs. W..., commerçant, 44 ans. A 20 ans, syphilis ; à 28 ans, gommès au coude gauche ; à 36 ans, début du diabète. Diabète léger avec néphrite chronique ; poids 83 kilos ; mort d'urémie. Sa femme âgée de 40 ans avait fait deux avortements, la glycosurie avait été diagnostiquée par hasard ; sa mère était morte de diabète à 65 ans.

Chez R..., le diabète s'était manifesté ^{assez} sept ans après, la syphilis à 56 ans ; chez W..., seize ans après l'accident primitif, huit ans après des accidents tertiaires. Tous les deux étaient obèses, l'un avait pesé 97 kilos, l'autre pesait encore 83 kilos au moment de son diabète quand il était venu consulter ; ils avaient des habitudes de sédentarité et de suralimentation. Chez l'une des femmes, la syphilis était certaine, probable chez l'autre, l'une avant de devenir syphilitique avait fait un avortement, démontrant ainsi que l'on doit toujours être réservé pour faire dépendre tous les avortements de la syphilis.

Le diabète de ces deux femmes était léger, l'un avait été diagnostiqué par hasard : il était très bien toléré ; l'autre avait disparu facilement après une cure de réduction modérée. Il est difficile de

rapporter ces accidents à la syphilis : on manque de renseignements sur l'état du foie, du pancréas, du système nerveux, sur le début de la glycosurie, les modes de traitement ; là encore nous retrouvons la sédentarité, l'obésité, les abus alimentaires, toutes causes qui ont certainement une influence sur le mauvais fonctionnement du trouble glyco-régulateur.

En 1908, Sénator publie une statistique établie sur la fréquence du diabète conjugal parmi les diabétiques mariés ; elle est dressée de façon à dégager autant que possible la notion de la contagiosité du diabète : Sur 516 diabétiques mariés, il a constaté 22 cas de diabète conjugal.

L'observation VIII est la seule à contenir un signe clinique susceptible de faire penser à la syphilis. Elle concerne un vieillard de 76 ans, souffrant d'angine de poitrine ; sa glycosurie était modérée : 22 grammes par jour. Le diabète de sa femme avait facilement cédé au régime. Les crises d'angine du mari pourraient faire penser à la syphilis, mais à 76 ans, on peut mettre en doute cette étiologie surtout en l'absence de preuves anatomiques.

La femme de l'observation IX pourrait être considérée comme hérédo-spécifique ; ses parents, 4 frères et sœurs, étant morts d'apoplexie cérébrale. Il nous semble improbable que le diabète du mari soit lié à la syphilis, étant donné qu'il est apparu longtemps avant le diabète de la femme ; si la syphilis était en cause, il paraît logique que le diabète apparaisse d'abord chez celui des conjoints syphilitisé en premier.

Fouquet du Caire, Bouchard, Lagrange, Berthélemy, Dufourt de Fécamp, Martinet, Déléage, Dufour de Vichy, Spillmann, Ledieu rapportent par la suite des cas de diabète conjugal ; dans leurs observations sont signalés l'obésité, la suralimentation, le rhumatisme chronique, la lithiase biliaire, la goutte, l'asthme ; mais pas la syphilis. Pour une malade de Martinet porteur d'un goitre exophtalmique, on pourrait faire quelques réserves en faveur de la syphilis, en raison des nouvelles conceptions sur l'étiologie du goitre exophtalmique ; la glycosurie a regressé en même temps que le goitre sous l'influence du régime seul ; il est peu vraisemblable que ce diabète soit en rapport avec la syphilis.

Hutinet publie l'observation d'un ménage diabétique ; le mari avait eu la syphilis une dizaine d'années auparavant, la femme n'avait jamais présenté d'accidents secondaires, par contre elle

avait fait une fausse couche. Est-on en présence d'accidents syphilitiques ? Rien dans l'observation ne permet de le supposer ; au contraire l'homme avait abusé de boissons alcooliques ; comme l'éthylisme marche en général de pair avec la suralimentation, nous nous trouvons ainsi dans les mêmes conditions que dans la majorité des diabétiques.

De toutes les théories émises pour expliquer cette simultanéité morbide, il est rationnel de faire intervenir la communauté de conditions hygiéniques défectueuses, de suralimentation, de sédentarité dont l'influence est certaine dans l'étiologie du diabète. Si les deux conjoints sont atteints de la même maladie, ce n'est pas par action d'un même germe infectieux qui s'est transmis d'un malade à l'autre, mais par suite de l'exposition aux mêmes causes ; vivant de la même vie, assis à la même table, les personnes ont grande chance de commettre les mêmes abus, de s'intoxiquer de la même façon. L'influence de la suralimentation est certaine : dans les cas de diabète conjugal, les sujets ont en général commencé par être obèses avant d'arriver au diabète ; ils deviennent diabétiques du fait de la suralimentation à laquelle ils s'habituent.

L'étude des antécédents des malades atteints de diabète conjugal nous conduit à la même conclusion : la plupart sont gouteux, obèses, lithiasiques, hypertendus ; ces troubles morbides sont plutôt le résultat d'une hygiène alimentaire vicieuse que d'une transmission microbienne, ils ressortent d'une suralimentation prolongée.

Ainsi la théorie de la communauté d'alimentation substitue à l'idée d'une influence infectieuse mal définie la notion d'un processus pathogénique facile à saisir.

Les recherches de Launois confirment cette manière de voir ; divisant ses malades en deux groupes : les ouvriers et les pauvres, les employés et les domestiques, il a remarqué la fréquence plus grande du diabète, de la goutte, de l'obésité chez les malades du second groupement, habitués au genre de vie, d'alimentation des malades de clientèle.

Tout en admettant l'influence des fautes d'hygiène, d'alimentation dans l'étiologie du diabète, en particulier du diabète conjugal, nous ne désaisissons pas la syphilis de ces droits, vis-à-vis de certains cas de diabète ; étant donnée la fréquence de la syphilis, il n'en peut être autrement ; la coïncidence du diabète et de la syphilis chez deux conjoints syphilitiques existe, mais de pareils faits

sont exceptionnels ; ils ne renforcent pas la conception du diabète syphilitique.

Le diabète conjugal serait une émanation de la syphilis, la proportion des cas de diabète conjugal chez des diabétiques mariés devrait être élevée : les statistiques ne parlent pas en ce sens : sur 449 diabétiques mariés Déléage a rencontré 17 cas de diabète conjugal, Sénator 22 sur 516.

* * *

Le fait qu'un diabète survient chez un syphilitique ne démontre nullement que la syphilis est en jeu.

Les malades sont presque toujours les obèses, ils représentent le terrain morbide sur lequel on voit apparaître le diabète. Il n'est pas impossible que le trouble nutritif qui conduit à l'obésité les prédispose à cet autre trouble nutritif qui fait le diabète et que la syphilis ait d'autant plus de facilité à provoquer le diabète qu'elle agit sur un terrain prédisposé.

L'obésité est d'origine syphilitique, dira-t-on : si les échanges se font mal, si l'assimilation des aliments est viciée, cela tient à la perturbation qu'a jetée la syphilis dans les organes qui président au mécanisme de l'alimentation. Dans ces conditions, tout peut être ramené à la syphilis surtout si, en plus de la syphilis acquise, on remonte à l'hérédosyphilis des parents, voire même d'une génération pénultième ; l'on pourrait alors appliquer la pathogénie syphilitique à la plupart des maladies chroniques, aux hémorroïdes, au cancer, aux varices.

L'origine syphilitique du diabète s'accorde mal avec la constatation chez des diabétiques de la survenance d'un chancre syphilitique. Si les diabétiques étaient syphilitiques, ils seraient à l'abri d'une contamination nouvelle. Or, il n'en est rien : M. Dufour a eu l'occasion d'observer un chancre induré chez deux diabétiques anciens, M. Linossier chez un de ses malades ; un malade de Veluot était diabétique depuis longtemps quand il est venu consulter pour un chancre syphilitique ; un de nos malades était diabétique depuis six ans quand il a contracté la syphilis.

MM. Labbé et Sicart ont rapporté l'histoire d'un jeune homme diabétique qui, au cours d'une cure de diabète faite à Paris, a contracté la syphilis.

Quelque possible que soit le diabète syphilitique, il n'est pas démontré, sauf des cas tout à fait rarissimes ; ni les statistiques, ni l'anatomie pathologique, ni l'action thérapeutique n'en donnent la preuve.

Le diabète syphilitique soulève une question de la plus grande importance ; non seulement il serait intéressant de connaître une des causes qui peuvent créer le diabète, mais encore nous pourrions espérer avoir un moyen d'action pour le guérir, malheureusement les essais tentés soit par le mercure, soit par un arsenobenzène, n'ont pas répondu aux espoirs que l'on avait fondés et force est de nous en tenir aux méthodes actuelles de traitement qui sont des palliatifs, tirés des dangers auxquels sont exposés les malades.

Dans ces conditions il nous est impossible d'étendre l'influence de la syphilis ; L'étiologie du diabète est encore du domaine des probabilités : comme le disait Claude Bernard, nous ne sommes pas arrivés à l'explication complète de la maladie ; nous pouvons seulement dire aujourd'hui que le diabète n'est pas une manifestation syphilitique au même titre que le tabès, la paralysie générale.

CONCLUSIONS

Deux opinions se dégagent de la lecture des travaux des auteurs sur les rapports étiologiques qui peuvent exister entre la syphilis et le diabète. Les uns accordent à la syphilis un rôle important, même prépondérant dans la pathogénie du diabète, les autres ne lui reconnaissent qu'un rôle exceptionnel.

Il y a deux manières de comprendre le rôle pathogénique de la syphilis dans le diabète : la syphilis peut créer des lésions viscérales, hépatiques, pancréatiques, hypophysaires, thyroïdiennes susceptibles de produire le diabète ; la syphilis peut créer des troubles fonctionnels qui sont la cause du diabète.

Les lésions syphilitiques du pancréas, du foie, des glandes vasculaires sanguines, trouvées à l'autopsie des diabétiques sont extrêmement rares.

Pour prouver l'action de la syphilis, on a cherché à se fonder sur la statistique. Certains auteurs croient voir la syphilis très fréquente chez les diabétiques, d'autres ne la voient pas plus fréquente chez les diabétiques que chez les sujets ordinaires ; la statistique que nous avons établie, nous a donné la proportion de 39 syphilitiques sur 500 diabétiques ; ce qui, comparé à d'autres statistiques, indique que la statistique ne prouve pas les rapports de la syphilis et du diabète.

On s'est fondé sur l'action du traitement syphilitique chez les diabétiques ; certains auteurs croient voir le traitement syphilitique guérir le diabète : la grande majorité de ces observations n'est pas probante. Les observations que nous a communiquées M. le professeur Marcel Labbé montrent que sur une trentaine de cas où le traitement spécifique a été essayé, on n'a obtenu aucune action sur le trouble glyco-régulateur.

On a invoqué comme argument que beaucoup d'accidents surve-

nus chez des diabétiques sont de nature syphilitique : abolition des réflexes rotuliens, paralysies oculaires, aortite, angine de poitrine, etc. . .

Outre que certains de ces accidents ne paraissent pas liés à la syphilis ; rien n'empêche qu'on découvre des lésions syphilitiques chez certains diabétiques ; elles ne prouvent pas que la syphilis intervient dans la genèse du diabète.

On a invoqué encore le diabète conjugal. On a prétendu que si les deux conjoints étaient atteints de diabète, c'est qu'ils s'étaient communiqués la syphilis. Il nous paraît que les cas de diabète conjugal ressortissent des habitudes communes de suralimentation que l'on trouve également dans ces cas.

On peut objecter à la théorie du diabète syphilitique que si les diabétiques étaient syphilitiques, ils ne pourraient pas prendre la syphilis : les observations montrent que les diabétiques ne sont pas réfractaires à la syphilis.

En somme, il est possible qu'il y ait un diabète syphilitique ; il serait fort intéressant de le rechercher parce que l'on aurait, ainsi, un moyen d'action, alors qu'actuellement on guérit les accidents du diabète sans guérir le diabète ; sauf pour quelques cas, l'existence du diabète syphilitique n'est pas démontrée.

On peut considérer comme certain que le diabète n'est pas à la syphilis ce que le tabes est à la syphilis et que, s'il y a des diabètes syphilitiques, ces faits sont exceptionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard et Lœper.* — Glycosurie à période secondaire (Archiv. méd. expérimentale, janvier 1901).
- Apolloni.* — Lithiase pancréatique et diabète sucré (Presse méd., 1920).
- Arnaud.* — Influence du diabète sur syphilis. Th. Paris, 1886.
- Arteaga.* — La pathogenia de la diabetes saccharina (Rev. de méd. y cirug. de la Habana, 1902).
- Aubel.* — Diabète (causes du...). Th. Paris, 1887.
- Auché.* — Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques (Archives de médecine expérimentale, 1890).
- Augagneur.* — Syphilis et diabète (Province médicale, 1898);
- Babinski.* — Pseudo-tabès diabétique in Charcot-Bouchard.
- Babonneix.* — Diabète sucré chez nourrisson (Pédiatrie pratique, 1920).
- Barrachin.* — Diabète sucré et syphilis (Boston med. journal, 1917).
- Bayet.* — Cas de glycosurie syphilitique (Société belge de Dermatologie, 1907).
- Béguier.* — Syphilis du pancréas. Th. Paris, 1918-1919.
- Bendig.* — Traitement du diabète syphilitique par le salvarsan (Deutsche med. Woch., 1911).
- Bernard et Ferré.* — Troubles nerveux chez les diabétiques (Archiv. Neurologie, 1882).
- Boisumeau.* — Etude sur le diabète conjugal. Th. Paris, 1896 et Gazette hebdomadaire de médecine, 1897.
- Bonnamour.* — Syphilis du bulbe (Lyon médical, 1906).
- Borotino.* — Pancréatite chronique et hérédosyphilis (Pressa medic. argentina, 1919).
- Bouchard.* — Réflexes dans diabète (Semaine médicale, 1884).
- Bouchardat.* — De la glycosurie, 1873.
- Bullrich.* — Diabetes und syphilis (Ann. Jour. Assoc., 1921, p. 880).
- Cantani.* — Ueber diabetes mellitus (Deutsch. med. Woch., 1889). Diabète sucré, 1876. Trad. Charvet.
- Carnot et Charrin.* — Glycosurie, diabète et microbes (Soc. Biologie, 1894).
- Carnot.* — Diabète par syphilis du pancréas (Paris médical, 1920).
- Charcot.* — Paraplégie diabétique (Archives de neurologie, 1890).
- Charnaux.* — Essai sur diabète et syphilis. Th. Paris, 1894.
- Clément.* — Mal perforant plantaire chez diabétiques. Th. Paris, 1881.

- Colleville.* — Diabète et syphilis (Arch. méd. et chir. Paris, 1891).
- Comby.* — Bulletin Soc. méd. hôpitaux, 1921.
- Commandeur.* — Pancréatite syphilitique fœtale (Presse méd., 1921).
- Cordier.* — Diabète syphilitique (Annales Dermatologie, 1920).
- Cornillon.* — Du diabète syphilitique (Progrès médical, 1899).
- Danlos.* — Syphilis secondaire et diabète sucré (Annales de Dermatologie, 1901).
- Debove.* — Bulletin Soc. méd. Hôpitaux, 1889.
- Diabète conjugal (Semaine médicale, 1889).
- Obs. pseudo-tabès (Journal méd. int., 1906).
- Decker.* — Diabète syphilitique (Deutsche med. Woch., 1889).
- Delalande.* — Pathogénie du diabète. Th. Bordeaux, 1912-1913.
- Déléage.* — Diabète infectieux (Pr. méd., 1906).
- Delpy.* — Syphilis et glandes à sécrétion interne. Th. 1911.
- Dieulafoy.* — Paralysies oculomotrices au cours du diabète (Pr. méd., 1905).
- Dreyfous.* — Accidents nerveux du diabète. Th. agrégation, 1883.
- Dufourt.* — Diabète conjugal (Normandie médicale, 1898, p. 69).
- Dupérié.* — Gaz. hebdomadaire. Sc. méd. Bordeaux, 1913.
- Earp.* — Syphilis et glycosuria (Western medical times, Denver. 1917, XXXVII, 64).
- Ehrmann Rudoff.* — Über schweren diabetes in folge syphilitischer infektion (Deutsch. med. Woch., 1908).
- Evans.* — Conjugal diabetes (Med. news N.-Y. 1896).
- Faroy.* — Pancréas et parotide dans hérédosyphilis. Th. Paris, 1911. **Four cases, of diabetes mellitus of syphilitic origin.** Vrach. St Pétersbourg 1889, X, 23, 59.
- Feinberg.* — Vier fälle von syphilitischen diabetes (Berlin Klin. Woch., 1892).
- Ferré.* — Troubles nerveux chez diabétiques (Archiv. neurologie, 1882).
- Fischer.* — Pankreas und diabetes (Frankfurter Zeitschrift für pathologie. Wiesbaden, 1915).
- Fournier.* — Diabète et syphilis (Semaine médicale, 1886). Traité des affections parasymphilitiques.
- Frerichs.* — Ueber den Diabetes. Berlin, 1884.
- Gascuel.* — Mal perforant chez diabétiques. Th. Paris, 1890.
- Gaucher et Crouzon.* — Troubles de la nutrition dans la syphilis (Soc. méd. Hôp., 1902).
- Gaucher et Lacapère.* — Syphilis et diabète (Annales de Dermatologie, 1902).
- Gaudefroy.* — Diabète pancréatique. Th. Paris, 1920.
- Guinon et Souques.* — Archiv. Neurologie, 1891 et 1892.
- Guiot.* — Diabète conjugal (Année méd. de Caen, 1905).
- Hardoy.* — Diabète et syphilis (Revista de la asociación medica argentina, 1917).
- Hédon.* — Arch. internationales de physiologie. Paris, 1913.

- Hemptenmacher.* — Un cas de diabète syphilitique in *Schimdts Jahrbucher*, 1902.
- Hermanidez.* — Affections parasyphilitiques, Haarlem, 1903.
- Hirsfeld.* — Pathogénie du diabète (*Pr. méd.*, 1908).
- Hutinet.* — Diabète et contagion. Th. Paris, 1903.
- Jaccoud.* — Article diabète in *Dictionnaire de Dechambres*.
- Jacob.* — Diabète pancréatique. Th. Paris, 1912.
- Jacksch.* — Diabète syphilitique. (*Allgem. Prager med. Wochensch.*, 1865).
- Jeans.* — Amer. journal of diseases of children, février 1917.
- Josslin.* — Treatment of diabetes mellitus (Philadelphia and New-York, 1916).
- Causes de mort dans diabète (*Amer. jour. of médic. sciences*, t. CLI, mars, p. 313).
- Le diabète, 2^e édition.
- Kersemboom.* Syphilis des Nervensystems und diabètes. (Inaugural dissertation. Berlin, 1895).
- Kirmisson.* — Mal perforant (*Archiv. générales de Médecine*, 1885).
- Labbe (Marcel).* — Le diabète sucré, Masson. Paris. Diabète et goitre exophtalmique (*Soc. méd. des hôpitaux*, nov. 1919).
- Labbe et Debré.* — Diabète transitoire et pancréatite ourlienne (*Bruxelles-médical*, août 1921).
- Lagardère.* — Sciatique diabétique, Th. Paris, 1902.
- Laguesse.* — Pr. médicale, juin 1910.
- Laignel-Lavastine.* — Soc. de Neurologie, mars 1914.
- Lancereaux.* — Maladies du foie et du pancréas.
- Traité de la syphilis.
- Lang.* — Vorlesungen uber pathologie unotherapie der syphilis, p. 253.
- Langdow-Brown.* — *Lancet*, mai 1919.
- Laurent.* — Glycosurie survenue trente ans après chancre syphilitique (*Annales Dermatologie*, 1912, p. 218).
- Lecorché.* — Traité du diabète (*Gazette des Hôpitaux*, 1873).
- Ledieu.* — Contagion du diabète. Th. Paris, 1898.
- Legendre.* — Article diabète in *Charcot-Bouchard*.
- Lemann.* — Diabète et syphilis in negro (*J. Ann. med. Ass.*, 1921, p. 1045.)
- Diabètes mellitus in negro (*J. Ann. med. Ass.*, 1921, p. 403).
- Lemonnier.* — *Archiv. méd. des enfants*, mars 1901, p. 167.
- Diabète syphilitique (*Annales de Dermatologie*. Paris, 1883).
- Lenox-Curtiss.* — The medical record, oct. 1914, p. 613.
- Lépine.* — Le diabète sucré.
- Pathogénie du diabète (*Lyon médical*, 1900).
- Lereboullet.* — Diabète sucré chez les enfants (*Journal médical français*, janvier 1921).
- Letulle et Bergeon.* — Fréquence de la syphilis dans les maladies chroniques.
- Leudet.* — Diabète et gomme cérébrale du voisinage du quatrième ventricule (*Soc. Biologie*. Paris, 1853).

- Diabète syphilitique in mémoire sur la syphilis viscérale (*Moniteur des Sciences médicales*, 1868 ; *Soc. Biologie*, 1860).
- Leval-Piquecheff*. — Pseudo tabes. Th. Paris, 1859.
- Levrat-Perrotton*. — Glycosurie par tumeur du plancher du quatrième ventricule. Th. Paris, 1859.
- Linossier*. — Soc. méd. Hôpitaux, mai 1921.
- Lion et Moreau*. — Arch. de Méd. des enfants, 1909, p. 21.
- Longley*. — Diabètes und salvarsan (*The journal of the american medical association*, 1912, p. 1194).
- Malherbe*. — Glycosurie du cours d'une syphilis secondaire (*Annal. Dermatologie*, 1913, p. 335).
- Manchot*. — Über die bezie hungen der glykosurie und des diabètes mellitus zur syphilis (*Monatsch. prakt. Dermat. Hamb.*, 1898).
- Marie*. — Quelques cas de diabète sucré (*Semaine médicale*, 1895 p. 529).
- Martinet*. — Diabète familial (*Presse médicale*, février 1904).
- Masson*. — *American journal assoc.*, décembre 1921.
- Mehring et Minkowki*. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1890.
- Merklen*. — Diabète (*Monde médical*, janvier 1913).
- Mitchell*. — Étiologie du diabète (*Ann. J. ass.*, 1921, p. 1184).
- Moynihan*. — Some cases of chronic pancreaticitis (*Lancet*, 1902, p. 859).
- Nathan*. — Diabète syphilitique (*La Clinique*, nov. 1912).
- Naunyn*. — Der diabetes mellitus (*Wien.*, 1906).
- Nivière*. — Réflexes tendineux dans le diabète. Th. Paris, 1888.
- Nobécourt*. — *Archiv. de Médecine des enfants*, nov. 1919, von Noorden.
- Oppher et Kultz*. — Über das vorkommen von diabetes (*Berlin. Klin. Woch.*, juillet 1896).
- Ozenne*. — Syphilome cérébral compliqué de glycosurie (*Congrès méd. de Rome*, 1894, in *Semaine médicale*, avril 1894).
- Pardle*. — Trouble du métabolisme des sucres (*Archives of internat. médecine*, février 1919).
- Paris*. — Glycosurie alimentaire et syphilis secondaire (*Pr. médicale*, 1905).
- Pinard (Marcel)*. — Obs. de diabète syphilitique (*Soc. méd. Hôpitaux* mai 1921).
- Porter*. — A case of diabetes mellitus treated successfully by 914 (*The Lancet*, nov. 1920, p. 1051).
- Rathery*. — Diabète in Debove-Achard.
- *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1920, p. 635.
- Obs. de diabète syphilitique (*Bulletin Soc. médic. hôpitaux*, avril 1922).
- Raymond*. — Cliniques des maladies du système nerveux, 2^e série, p. 37.
- Redon*. — Parenté du diabète avec les affections nerveuses. Th. Paris, 1877.
- Remond*. — Le diabète est-il une maladie transmissible ? (*Gaz. Hôpitaux*, 1899).
- Reumont*. — Diabète et syphilis (*Archiv. gén. de Méd.*, 1888).
- Revillet*. — Diabète chez syphilitique (*Lyon médical*, 1916).
- Th. Lyon, 1880.
- Rezek*. — Diabetes bei syphilis (*Wiener med. presse*).

- Richardière et Sicard.* — Diabète in Brouardel-Gilbert.
- Ritter.* — Syphilis et diabète (Jahrbücher der Gesellschaft für natur und heilkunde. Dresden, 1880).
- Romme.* — A propos du diabète conjugal (Pr. méd., 1908).
- Roque.* — Glycosuries non diabétiques (Suisse romande, 1899).
- Rosenbloom.* — The relation between diabetes mellitus and clinical syphilis (Jour. Amér. med. assoc., 1917, p. 1232).
- Rosenheim.* — Ueber ein Fall chronischer interstieller Pankreatitis (Berlin Klin. Woch., 1898, p. 317).
- Roy.* — Stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis (Odontologie, 1918, p. 120).
- Sabouraud.* — Sur un signe d'hérédo-spécificité (Pr. méd., 1917, p. 169).
- Sabrazès et Dupérié.* — Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux, juin 1913.
- Sarra.* — Fréquence du diabète sucré chez syphilitiques (Gaz. degli osped., juin 1909).
- Schessinger.* — Virchows Archiv., 1898.
- Schmitz.* — Ramder diabètes mellitus ubertgen werden ? (Berlin. Klin. Woch., 1890, p. 449-451).
- Neine Erfahrungen bei 600 diabetiken (Deutsch. med. Wochens., 1890).
- Schnee.* — Diabète sucré. Paris, 1890.
- Schultmann.* — Goitre exophtalmique et syphilis. Th. Paris, 1918.
- Schulter.* — Über coincidens von diabetes mellitus und syphilis. Th. Iéna, 1887.
- Seegen.* — Diabetes mellitus und syphilis (Deutsch med. Wochens., 1884, p. 644).
- Senator.* — Berlin. Klin. Woch., 1890, p. 449.
- Diabète conjugal (Berlin. Klin. Wochens., 1908).
- Servantie.* — Diabète consécutif à lésion cérébrale. Th. Paris, 1876.
- Simmonds.* — Diabetes und syphilis (Arch. für dermat. und syphilis Wien. und. Leipzig, 1921).
- Spillmann.* — Diabète conjugal (Province médicale, 1909, p. 391).
- Steinhaus.* — Syphilis du pancréas (Société Anatom. path. belge, mars 1907).
- Talamon.* — Diabète domestique (Méd. moderne, 1898, p. 176).
- Teissier.* — Contagion du diabète (Congrès de Lyon, 1894).
- Teschemacher.* — Deux mille cas de diabète sucré (Deutsche derazte zeitung, février 1905, p. 49-57).
- Trinkler.* — Syphilis du pancréas (Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1904).
- Troller.* — Diabète syphilitique. Th. Paris, 1905.
- Tschistiakoff.* — Glucosis in first period. of syphilis (Soc. méd. St-Pétersbourg, 1894).
- Tampowski.* — Polynévrite d'origine syphilitique (Soc. Neurologie, janvier 1910).

- Umber*. — Obs. d'un diabète chez ancien syphilitique (Munchner med., 1911).
- Velluot*. — Rapports du diabète et de la syphilis. Thèse Paris, 1921.
- Verdalle*. — Etude de 130 cas de diabète (Soc. méd. des Hôpitaux, 1910).
- Vigouroux*. — Diabète et paralysie générale (Clinique, 1910).
- Villaret*. — Diabète chez syphilitique (Soc. méd. Hôpitaux, 1922).
- Walther and Heller*. — Jour. amer. med. assoc., febr. 1916.
- Walter Salis*. — Syphilis du pancréas (Archiv. Maladies du tube digestif, 1912).
- Whartin et Wilson*. — Americ. Journal medic. Sciences, 1916.